Saberes Plurais: Educação na Saúde
vol. 1, nº 1

Na educação da saúde o problema do conhecimento

ISSN 2525-507X

Agosto 2016

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Faculdade de Medicina - UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

REVISTA ELETRÔNICA DO PROGRAMA DE PÓS-GADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE - MESTRADO PROFISSIONAL

FACULDADE DE MEDICINA

COMITÊ EDITORIAL ACADÊMICO

Carmen Lucia Bezerra Machado
Clécio Homrich da Silva
Cristine Maria Warmling
Danilo Blank
José Roberto Goldim
Luciana Fernandes Marques
Marcelo Zubaran Goldani
Paulo Peixoto de Albuquerque
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Roger dos Santos Rosa
Waldomiro Carlos Manfroi

COMITÊ EDITORIAL ROTATIVO

Paulo Peixoto de Albuquerque
Danilo Blank
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Carmen Lucia Bezerra Machado

EQUIPE ADMINISTRATIVA

Natália Borges Martins
Walcy Pereira Oliveira

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA: Francesco Souza Settineri

A convivência se fortalece nas nossas diferenças, onde cada um completa um espaço, sustentando aos outros, que somos todos.

Porto Alegre, 2016

Copyleft

Está permitida a cópia, distribuição, exibição e utilização dos conteúdos nas seguintes condições:

Atribuição: deve-se mencionar a fonte (título do texto, autorial, editorial, ano).

Não comercial: se permite a utilização dos textos apenas para fins não comerciais.

Manter estas condições para outros espaços educativos: somente está autorizado o uso parcial ou alterado dos textos para a produção de outros documentos sempre que estas condições de licença se mantenham para o texto resultante.

A revista Saberes Plurais: Educação na Saúde é uma publicação semestral, sendo uma edição publicada no mês de agosto e a outra no mês de dezembro.

Endereço postal: Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2° andar - Bairro Santa Cecília - CEP 90035-003 - Porto Alegre/RS
Email: saberesplurais@ufrgs.br
Site: www.ufrgs.br/ppgensinosaude/

Sumário

Editorial

Saberes plurais: educação na saúde - um projeto de educação diferenciado.....7

Artigos Especiais

Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde - Modalidade Mestrado Profissional: origens.....11
Waldomiro Carlos Manfroi e Carmen Lucia Bezerra Machado

Avaliação do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - mestrado profissional da UFRGS: percepções de egressos.....26
Paulo Peixoto Albuquerque, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi e Danilo Blank

Ensaios e Debates

Trabalho humanizado x desrespeito, crueldade e negligência: um caso em hospital psiquiátrico de porto Alegre.....39
Carmen Lucia Bezerra Machado e Paulo Peixoto de Albuquerque

Pesquisas

Conhecimento e prática dos profissionais da atenção primária de saúde acerca da educação em saúde do município de Canoas/RS.....51
Robianca Munaretti, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi e Waldomiro Carlos Manfroi

Educação na saúde em um hospital de ensino: a efetividade da mudança?.....58
Iane Maria Da Silva e Paulo Peixoto de Albuquerque

Mudanças na educação superior em cursos da saúde: análise da evasão no curso noturno de odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....68
Juliana Maciel de Souza e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

O agir profissional de equipes de saúde e a atenção a gestantes no Sistema Único de Saúde.....81
Janice Castilhos Gomes, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi e Cristine Maria Warmling

Preceptoria como modalidade de ensino na saúde: atuação e características do preceptor cirurgião-dentista da atenção primária.....95
Patrícia Flores Rocha, Cristine Maria Warmling e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Processo de trabalho e agir profissional no cuidado em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS).....112
Evelise Tarouco da Rocha e Cristine Maria Warmling

Resenhas

As transformações inacabadas do processo de trabalho.....131
Paulo Peixoto de Albuquerque

Mestrado profissional em ensino na saúde no Brasil: avanços e desafios a partir de políticas indutoras.....134
Danilo Blank

Editorial

Saberes plurais: educação na saúde - um projeto de educação diferenciado

Paulo Peixoto de Albuquerque
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Carmen Lucia Bezerra Machado
Danilo Blank

O Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENSAU) tem o grande prazer de entregar à comunidade de profissionais e acadêmicos da área da saúde uma nova publicação técnico-científica periódica: Saberes Plurais: Educação na Saúde.

Abrimos o primeiro número da revista fazendo duas observações: primeiro, ao oferecerem respostas acabadas e cada vez mais redutoras para as questões da sociedade moderna, as teorias de caráter explicativo contribuíram para o esvaziamento das enormes questões com que cada um de nós se defronta na reflexão e na prática educativa, porque torna equivalente o que não é equivalente.

Em segundo lugar, educação não é equivalente a formação ou capacitação. A primeira remete a uma questão mais ampla, diz respeito à cultura como patrimônio da humanidade, nos faz pensar no social, no político, em valores, em postura ética frente ao mundo; enquanto que capacitação nos remete ao individual, à construção de competências para o trabalho... tem uma dimensão econômica.

Nesse sentido, a reação pós-moderna, que secciona a especificidade humana para em seguida dissolvê-la na incorporiedade de uma universalidade inexistente, não implica necessariamente a resolução da interrogação – de que modo um projeto educativo pode mudar uma dada realidade? Antes pelo contrário: entre a aspiração a encontrar uma verdade absoluta – ênfase do pensamento moderno – e a abdicação total de qualquer tentativa de construção comum, tanto no âmbito do entendimento quanto no âmbito da ação, há uma enorme distância, continuamente verificada por aqueles que não desistiram de comprometer-se com os desafios da educação. Por um lado, respostas já esvaziadas, porque os velhos conceitos, as lógicas e as teorias explicativas são inoperantes e não dão conta de resolver as questões cotidianas; de outro, a desconfiança frente às respostas ou à infantilidade da desconstrução pela desconstrução.

Diante desse quadro, surgiu este projeto de revista, que busca dar visibilidade à reflexão e às buscas

daqueles que tem na saúde pública e no cotidiano de trabalho os elementos que apontam para o nosso esquecimento das lições da própria história. Dito de outro modo, esta revista busca, a partir da constatação da provisoriedade e da incompletude do conhecimento, reverter o argumento hegemônico de que a lógica do mercado tudo relativiza.

O fato de que o humano é complexo e que na presença do outro diferente de mim existe a possibilidade de me reconhecer como pessoa incompleta – o "eu só existe, quando existe um tu com o qual me relaciono", o que nos leva a pensar a educação como um processo aberto, cujos pressupostos lógicos não estão apenas marcados pelo racional da identidade, da não contradição, do terceiro excluído, da equivalência, mas de que todos os saberes (não importa quais e em vista do quê) se equivalem. Portanto, há um pressuposto ético de pensar o outro e o bem comum.

Por outro lado, se educação na saúde é organizar vivências e estabelecer sentidos, então todo o saber construído pelos indivíduos (mesmo sendo conhecimento datado e localizado no tempo e no espaço) precisa ser desvelado nos seus aspectos significantes, pois certas significações (saber acadêmico, saber comum ou da comunidade) apontam para modelos. E... modelos nem sempre falam do que pretendem dizer. Os modelos têm pretensões de serem universais e essa pretensão não esconde que há o privilégio de determinadas perspectivas ou modos de ler/ver/dizer a vida e o mundo.

Para a revista Saberes Plurais: Educação na Saúde, educação é processo aberto, incompleto, fragmentário, insuficiente. Avança criando suas próprias condições de validade, desde que não fuja da discussão – porque é nas discussões que se delibera e nas deliberações se constrói sentidos públicos nos quais está embutida a ideia ética de prestar contas por meio do diálogo. Por isso, uma revista que privilegia os "saberes plurais" nos atrai, porque reconstrói a noção de sociedade civil ampliada que resgata a ideia de cidadania emancipada, não representativa ou passiva, não pensada apenas como exercício de uma política partidária dualista (nós e eles), tão acentuada nos últimos tempos deste país que nos coube por destino e também por opção.

Pensamos que ensino na saúde como espaço público no qual a sociedade, na sua pluralidade, assume o diálogo como um mecanismo necessário para a construção de consensos provisórios, tendo por finalidade o bem comum: resgata a concepção de que o bem-estar (prestação de serviços fundamentais em saúde) é de responsabilidade de todos.

Nesse sentido, pensar educação a partir desta baliza (saúde coletiva) significa ter presente que educação é construir sentidos sobre um direito cidadão e, portanto, objeto de prática política e não apenas reflexão teórica.

Entendemos que redescobrir o sentido do ensino na saúde, a partir da ótica do coletivo implica pensar educação como algo bem diferente de um conjunto de conhecimentos formais, exatos, que deve estar a cargo apenas dos especialistas de uma dada profissão.

Ensino na saúde passa a ser entendido como atividade instituinte de sentidos que estão longe de serem apenas teóricos ou técnicos. Sentidos que remetem à autocriação permanente dos sujeitos que somos, professores, alunos, servidores, comunidade.

Por ser uma atividade eminentemente pública, a prática educativa institui ou encarna sentidos e por isso deve ser submetida a um questionamento radical: esses sentidos devem ser tornados públicos, legitimados na sua finalidade ética (tornar os sujeitos emancipados – no sentido kantiano).

Por isso, o modelo proposto pelo PPGENSAU da Faculdade de Medicina da UFRGS não privilegia apenas o rigor do conhecimento exato na perspectiva positivista e clássica, mas é rigoroso e ousado no ato de propor o conhecimento na sua prática de construção política de uma cidadania emancipada e ampliada. Porque o desinvestimento desse caráter político no ensino da saúde leva à renovação do mito do especialista, ao esvaziamento dos espaços de construção coletiva (do saber existente na comunidade). A não valorização dos saberes adquiridos pela experiência e fora da lógica do mercado –atualmente tão valorizado – aponta para que os únicos lugares legítimos de educação sejam instâncias especializadas (escola, saber organizado pelas grades curriculares, pelas disciplinas). E esses lugares nem sempre

permitem a experiência da pluralidade e da singularizarão, pois suas propostas se reduzem à produção de comportamentos estereotipados e de uma conduta uniforme e plenamente racional, despojada de humanidade. Por isso, também, este primeiro número da revista não se caracteriza pela uniformidade do pensar. A uniformidade não é um ideal cientifico inócuo; é – sim – o ideal político de uma sociedade que tem seu cotidiano submerso na produção e no consumo do homogêneo. Uma sociedade que aceita pacificamente que educação tenha por equivalente conhecer para melhor se adequar às exigências de um mercado de trabalho assume que a tarefa da educação é modelar comportamentos e coisificar um processo dinâmico de ensino-aprendizagem.

Ademais, vemos na cisão entre sujeito e conhecimento um problema a ser enfrentado, pois uma distância maior entre teoria e prática permite construir uma teoria sem que ela tenha passado pelo filtro da prática refletida em seu lócus sociocultural. Os espaços educativos de fato costumam subsumir o risco, nem sempre explicitado, de que uma teoria sem embate com a prática a reduz a ser uma ação repetida, que não questiona, aliena os sujeitos de seus objetos de estudo. Nessa perspectiva, os saberes plurais proporcionados pela valorização de uma sociedade multifacetada, que não fica reduzida a prática ou à mera execução de tarefas, é fundamental. Perceber que educar tem a ver com uma experiência – um saber do cotidiano – que se "ex-põe", que sai de si, que produz sentidos para o vivido, que se "re-cria" pelo confronto com o mundo lá fora e com nosso próprio mundo interior, significa ter presente que o conhecimento também pode ocorrer fora dos espaços acadêmicos e das escolas.

A valorização dos saberes plurais nos leva a pensar uma epistemologia da prática como componente curricular na perspectiva de Boaventura de Souza Santos de um conhecimento prudente para uma vida decente. Isso implica considerar o conhecimento contextualizado como categoria articuladora na análise dos processos de construção de significados, estendendo a cidadania como expansão de direitos, buscando colocar um dever ético em um espaço em que há apenas poder.

Por tudo isso, este primeiro número da revista Saberes Plurais: Educação na Saúde apresenta a você, profissional preocupado com as questões da saúde coletiva, um conjunto de artigos resultantes de pesquisas que expõem na sua lógica um movimento reflexivo interdisciplinar dos autores.

O primeiro dos artigos especiais, "Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde – Modalidade Mestrado Profissional: origens", de Waldomiro Carlos Manfroi e Carmen Lucia Bezerra Machado, utiliza o retrospecto histórico como recurso heurístico para traduzir a lógica pela qual o PPGENSAU se materializou. No relato se percebe a tarefa do educador: captar os sujeitos, como eles se movimentam, tentam e superam as condições adversas; como percebem e se contrapõem às situações de uma dada realidade organizacional para a implementação de uma outra proposta de formação em saúde.

O segundo artigo especial, "Avaliação do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da UFRGS: percepções de egressos", de Paulo Peixoto de Albuquerque, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi e Danilo Blank, é muito mais do que o relato de um exercício gestionário necessário para pensar a efetividade de uma proposta de formação e qualificação de profissionais da saúde. Trata-se de uma construção interdisciplinar realizada pelos professores de três áreas de conhecimento (medicina, odontologia e sociologia). O texto pode parecer à primeira vista fragmentado em sua lógica, mas tem sua intencionalidade: ensinar é muito mais do que estabelecer o porquê da aprendizagem; aquele que apreende produz significados e sentidos que é importante considerar. Com diz Gramsci, em Concepção Dialética da História, "a possibilidade não é uma realidade, mas é, também ela, uma realidade: que o homem possa ou não fazer determinada coisa; isto tem importância na valorização daquele que realmente faz".

A nova revista propõe como seu cerne uma seção com os relatos das pesquisas e intervenções dos alunos. Levando em conta que a essência de um mestrado profissional no campo do ensino na saúde é promover o chamado movimento de ação-reflexão-ação no cotidiano do ensinar e aprender no âmbito dos serviços – mais propriamente, do SUS –, é preciso traduzir logo para a comunidade profissional os produtos dessa articulação com o ambiente acadêmico. Tal seção será sempre precedida por uma outra de ensaios e debates oriundos da experiência de docentes ou profissionais capacitados com mais tempo de atuação

na atenção à saúde. Neste primeiro número, o artigo "Trabalho humanizado × desrespeito, crueldade e negligência: um caso em hospital psiquiátrico de Porto Alegre", de Paulo Peixoto de Albuquerque e Carmen Lucia Bezerra Machado, reflete sobre as diferenças que existem entre o pensado no SUS e sua concretização.

Dentre os seis artigos que mostram parte do produto da primeira turma graduada pelo PPGENSAU da UFRGS, o primeiro, "Conhecimento e prática dos profissionais da atenção primária de saúde acerca de educação em saúde do município de Canoas/RS" de Robianca Munaretti, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi e Waldomiro Manfroi, trata de como o conhecimento sobre as questões de educação em saúde possibilita a elaboração de programas que aprimorem a prática profissional.

O segundo trabalho, "Educação na saúde em um hospital de ensino: a efetividade da mudança?" de Iane Maria da Silva e Paulo Peixoto de Albuquerque, destaca a mudança como processo necessário e difícil nas organizações e voltadas para a saúde, especialmente hospitais, em que a tecnologia e os serviços tendem à complexidade. Na sua interrogação sinaliza como um estudo de caso pode apresentar àqueles que atuam na gestão os limites e as possibilidades do pensar educação na saúde.

O terceiro, "Mudanças na educação superior em cursos da saúde: análise da evasão no curso noturno de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul", de Juliana Maciel de Souza e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, tenta estabelecer subsídios a estratégias para a permanência do estudante no curso até sua conclusão.

O quarto artigo, "O agir profissional de equipes de saúde e a atenção a gestantes no Sistema Único de Saúde", de Janice Castilhos Gomes, Cristine Maria Warmling e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, explicita que o modo de atuar das equipes de saúde da família necessita estreitar a convivência com os médicos especialistas, sob risco de que suas estratégias de trabalho se tornem coadjuvantes, em função de um discurso cada vez mais prescritivo e dissociado da vivência das gestantes.

O trabalho "Preceptoria como modalidade de ensino na saúde: atuação e características do preceptor cirurgião-dentista da atenção primária" de Patrícia Flores Rocha, Cristine Maria Warmling e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, aponta desafios no processo de avaliação do estudante pelo preceptor no período do estágio e quanto à formação pedagógica dos cirurgiões-dentistas para o ensino na saúde, concluindo que a relação universidade-serviço-preceptor precisa ser continuamente fortalecida.

Por fim, o artigo "Processo de trabalho e agir profissional no cuidado em saúde bucal no sistema único de saúde" de Evelise Tarouco da Rocha e Cristine Warmling", destaca que o cuidado integral em saúde bucal depende da construção de significados a partir do reconhecimento da prática profissional e da realidade das situações de trabalho.

A revista também traz resenhas de trabalhos considerados de interesse para o público leitor, sempre com foco na educação e saúde, com o objetivo de compartilhar conhecimento, agregar reflexões e apontar caminhos.

No ato de escrever é importante ter presente que aquele que escreve tem dificuldades e sempre tem. Por quê? Porque quer escrever não sobre um em geral qualquer, mas sobre uma dada realidade: a sua. Há no ato de escrever uma espécie de desejo e de experiência da possibilidade que se materializa no texto. Querer escrever significa querer tornar a vida possível. Escrever na academia, então, é a experiência mais insensata e estranha, porque não habitual e condicionada a certos protocolos normativos. Entretanto, materializar as reflexões sobre os saberes plurais possíveis na educação na saúde pressupõe um projeto diferenciado de educação que arrisca e explicita aquilo que Paulo Freire anunciou há muito tempo: "...que nossa capacidade de pensar, de conjeturar, de comparar, de escolher, de decidir, de projetar, de sonhar não pode estar reduzida à ação de viabilizar o já determinado; a educação perde o seu sentido de luta pela concretização de sonhos diferentes quando invisibiliza nossa presença no mundo."

Saberes Plurais: Educação na Saúde; eis um acontecimento auspicioso que confere outra dimensão à vida institucional do PPGENSAU.

Boa leitura! Bom proveito!

Artigo

Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde – modalidade mestrado profissional: origens

Waldomiro Carlos Manfroi
Carmen Lucia Bezerra Machado

Este Programa, como todos, tem uma história. E, como se sabe não é feita por uma única deliberação. A criação do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde – Modalidade Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina (FAMED) com apoio da Faculdade de Educação (FACED) e da Faculdade de Odontologia, resultou de diversas inciativas que tiveram início na nossa Universidade na década de 1970. Na FAMED, por exemplo, contando com apoio da FACED, foram desenvolvidos diversos encontros intitulados Seminários de Ensino Médico, coordenados pelo Prof. Ellis D´Arrigo Busnello. Na Faculdade de Odontologia, o Prof. Louro Filho e o Prof. Barros, coordenavam um laboratório de ensino, que contava com os equipamentos modernos que possibilitava a feitura de: gravações, filmagens, projeções de feedback imediato e ou tardio. Em 1971, dando continuidade a esse movimento da Área da Saúde, a FACED passou a oferecer o Curso de Especialização em Metodologia do Ensino para Professores Universitários da Área da Saúde. Esse foi, a nosso ver, como testemunhas presentes, o movimento que legitimou e consolidou todas as iniciativas desenvolvidas anteriormente. Ao fornecer certificado de Especialista em Educação aos participantes, numa universidade que migrava do modelo da Cátedra Vitalícia para o Modelo Departamental, permitiu um espaço de atuação legitimado em lei para os docentes se congregarem em novas relações. Então, de uma relação vertical sob o manto da liderança e autoridade do Catedrático, emanou um ambiente que possibilitava alternativa de conceitos. Como ocorreu em todas as unidades da nossa universidade, com a Reforma Universitária, sete tradicionais cátedras da FAMED uniram-se para formar o Departamento de Medicina Interna, em novo enfoque administrativo, por meio de chefia e colegiados, ambos eleitos pelos seus pares. Em 1972, pelo fato de termos obtido o título de Especialista em Educação, por indicação do regente da Disciplina Clínica Médica I, Prof. Carlos Prolla, o Professor Manfroi foi designado responsável pelas técnicas de ensino da referida disciplina, que era oferecida para os alunos do quarto ano do Curso Médico. Foi então que, com ao auxílio de alunos

do sexto ano, montamos um programa com definição operacional de objetivos a serem atingidos pelo aluno, no final da atividade de cada um dos conteúdos programáticos. A técnica de ensino adotada foi a de seminário ativo e o sistema de avaliação feito por meio de pré-teste e pós-teste. Como os conteúdos a serem trabalhados em cada encontro semanal eram conhecidos previamente, houve uma expressiva mudança de atitude dos alunos. A figura do monitor foi instituída para colaborar neste processo. No lugar da atitude passiva da aula teórica, eles passaram a frequentar a biblioteca à procura dos livros listados como referências. Como o número de livros não era suficiente, surgiram as reivindicações à direção para a compra de mais livros.

Em 1975, quando da implementação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia, por sugestão do Professor Manfroi, foi implementada a Disciplina Pedagogia e Didática Médica, com quatro créditos e obrigatória. Essa disciplina, por causa da unificação temporária dos Programas de Pós-Graduação, foi incorporada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde: Clínica Médica.

Em 1986, quando na Direção da FAMED da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, além das diversas assessorias que foram criadas, instituí-se o Núcleo de Apoio Pedagógico às mudanças curriculares que vinham sendo realizadas. O referido núcleo, além de professores da Medicina, contou com a assessoria voluntária de duas docentes da FACED, Professoras Loremi Saldanha e Sônia Ogiba.

Nova iniciativa ocorreu em 1996, quando a Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina (COMPG), sob a coordenação do Prof. Jorge Luiz Gross, nos solicitou que elaborássemos estudos, visando à implementação de uma nova disciplina que tratasse das questões pedagógicas para os alunos da Pós-Graduação. As razões fundamentavam-se em dados reais. A Disciplina Pedagogia e Didática Médica, coordenada pelos docentes Éllis D´Arrigo Busnello e Marilu Fontoura de Medeiros, no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde: Clínica Médica, não atendia à demanda de alunos que precisavam defender tese ou dissertações. Assim, pelo fato de ser a disciplina obrigatória, acarretava constante aprisionamento nas marcações das defesas de mais de 60 alunos.

Ao aceitarmos o desafio, solicitamos ajuda à Diretora da FACED, Professora Mérion Campos Bordás, que havia sido professora quando da especialização em 1971. Ela, por não poder desempenhar a atividade conosco, indicou a Professora Carmen Lucia Bezerra Machado, para que juntos construíssemos uma proposta que viesse atender às necessidades de então. Depois de sucessivos encontros durante seis meses, implementamos a disciplina denominada Prática Educativa em Medicina, vinculada ao Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, oferecida uma turma semestralmente, eventualmente duas, com quatro créditos, fundamentada nos seguintes objetivos:

> Proporcionar aos alunos de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da UFRGS situações concretas de conhecimentos, de forma interdisciplinar e práticas sobre as modalidades de ensino e aprendizagem que lhe permitissem incorporar novas metodologias para suas atividades docentes futuras; contribuir com os esforços que vinham sendo desenvolvidos na tentativa de introduzir mudanças curriculares na Área da Saúde, visando ao preparo de profissionais que atendessem às necessidades da população, fundamentadas nos princípios da Constituição de 1988.

Do ponto de vista pedagógico, sabendo-se que uma das dificuldades encontradas para o avanço das propostas de mudança nos currículos da Área da Saúde era o pouco preparo pedagógico dos professores sobre o enfoque ensinar e aprender, a disciplina passou a desenvolver o trabalho sempre fundamentado no processo pedagógico da construção do conhecimento pelo aluno.

As atividades desenvolvidas no decorrer da disciplina causaram impacto positivo e negativo no grupo. Os questionamentos ocorriam porque, mesmo já cursando pós-graduação, as experiências que alunos tinham de ensino, com raras exceções, restringiam-se à tradicional aula expositiva com o saber centrado no professor e a avaliação obtida por meio de prova no final das atividades. No modelo que propúnhamos nós docentes atuávamos como moderadores e estimuladores da aprendizagem. Na avaliação, a tradicional prova final foi substituída por um processo de acompanhamento constante e progressivo das atividades

práticas dos alunos em aula, e por um trabalho final sobre temas tratados na disciplina, com condições de ser publicado em revistas de circulação local e ou nacional.

Com a oficialização das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, pelo Ministério de Educação, em 2001, passamos a assessorar a Direção e a Comissão de Graduação da FAMED em duas frentes de trabalho. Uma vinculada à construção de uma proposta para atender ao Edital Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para o Ensino de Graduação da Medicina (PROMED), dos Ministérios de Saúde e de Educação, com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A outra atividade esteve vinculada à reforma do currículo do ensino médico da Faculdade. No decorrer dos anos de 2002 e 2003 as duas propostas tiveram pleno êxito. Na reforma curricular, além da transformação do Internado de 12 para 24 meses, promoveu-se a integração das disciplinas básicas entre si e dessas com as disciplinas clínicas, através das seis novas Disciplinas Integradoras e de Seminários Conjuntos, realizados semanalmente.

Com a aprovação da proposta do Edital (PROMED), a FAMED foi contemplada com um milhão e duzentos mil reais, junto com outras dezenove faculdades de medicina brasileiras, no desenvolvimento de mudanças curriculares que pudessem servir de referência para as escolas congêneres, que contemplassem os pressupostos definidos nas Diretrizes Curriculares. No decorrer de 2002 e 2003, coordenamos ainda cinco seminários de sensibilização e capacitação docente. Os dois primeiros tiveram a participação de consultores nacionais, Ricardo Komatzu e Maurício Zanolla, da Faculdade de Medicina de Marília. O terceiro contou com a consultoria do Professor José Venturelli, da McMaster University, de Toronto, Canadá. Os dois seminários subsequentes foram dirigidos aos docentes da Pós-Graduação da FAMED, visando à implementação da Linha de Pesquisa Educação e Saúde, nos Programas de Pós-Graduação da Faculdade. Essas atividades contaram com a participação da Professora Eliana Cláudia Ribeiro, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Em sequência, visando ao atendimento que venceu uma das vagas do Edital PROMED, um grupo de trabalho formado pelos professores Waldomiro Carlos Manfroi (FAMED/UFRGS), Carmen Lucia Bezerra Machado (FACED/UFRGS), Ronaldo Bordin (FAMED/UFRGS), Malvina Dorneles (FACED/UFRGS) e Eliana Cláudia Ribeiro (UFRJ) elaborou uma proposta de criação de Linha de Pesquisa Educação e Saúde nos Programas de Pós-Graduação da FAMED da UFRGS. Contando com estes apoios e o de professores de outras instituições nacionais e internacionais, em abril de 2004 a proposta foi encaminhada à Comissão de Pós-Graduação da FAMED. A sustentação do projeto da linha de pesquisa baseava-se nos seguintes fundamentos:

Com base em estudos realizados mesmo antes da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, constatou-se que a grande maioria dos professores das escolas médicas brasileiras não tinha formação pedagógica e atuava de forma tradicional, como a que conhecera durante a graduação. De outra parte, as Diretrizes Curriculares, ao definirem, no Artigo 9º, que O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, deixavam mais evidentes ainda que havia necessidade de preparo pedagógico dos docentes. Ao analisarmos a realidade da atuação dos docentes de Medicina, constatava-se que eles atuavam em três momentos, nem sempre integrados: assistência, ensino e pesquisa. Essas atividades eram desenvolvidas com notável diferença de enfoque e hierarquia. Por exemplo, na assistência, os professores tinham várias oportunidades de se manter atualizados no seu fazer diário; na pesquisa, buscavam sempre novas maneiras de compreender e se desenvolver, por meio de processo permanente de capacitação, até se tornarem pesquisadores independentes. Mas, quando assumiam a função docente, abandonavam seu enfoque crítico e, frequentemente, se orientavam pela tradição e pela intuição. Alimentavam, assim, a ideia de que se somos bons médicos, ensinamos bem.

Preocupada com essa importante questão, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), por meio da Rede de Apoio à Educação Médica (Raem), estava organizando um cadastro da produção científica neste campo, disponibilizando instrumental teórico e metodológico que auxiliasse a reflexão sobre o processo

educativo, visando a apoiar a transformação da educação médica e estimular a produção científica sobre educação médica e áreas correlatas. Mesmo assim, com o passar dos anos, foram encontradas apenas 19 linhas vinculadas a 11 grupos de pesquisa que se ocupavam do tema educação médica dentro da escola médica. Esses grupos representavam 1,4% da média dos grupos constituídos em escolas médicas; 0,6% da média dos grupos de Ciências da Saúde; 0,2% da média dos grupos de Ciências da Vida; e 0,1% da média dos grupos em nível nacional no período analisado.

Constatava-se também que havia em andamento diversas mudanças e ou reformas curriculares, experiências novas de ensinar, umas testadas, outras em curso, em diversos centros nacionais e internacionais sobre educação médica. Tais experiências, por incorporarem às instituições metodologias para o ensino ativo, contribuíam para provocar um novo olhar sobre o processo ensino-aprendizagem na área da saúde.

O grupo entendeu, então, que uma das maneiras de modificar essa condição era investir tempo e esforço no desenvolvimento de projetos de educação na pós-graduação médica brasileira, para dispor de métodos educativos inovadores que pudessem ser avaliados com suficiente evidência científica. Sabendo-se que a pós-graduação era, inquestionavelmente, a esfera que agregava legitimidade e reconhecimento científico no Brasil, tornava-se claro que devia-se comprometê-la na superação desses obstáculos. Construir Programas de Pós-Graduação em Educação Médica ou Educação em Saúde, que compreendessem os níveis de mestrado, doutorado e pós-doutorado, e valorizassem e qualificassem essa questão, nos pareceu apostar num novo perfil de docentes e médicos, que fossem capazes de gerar mudanças no fazer da assistência em toda a sua dimensão: integralidade, interdisciplinaridade e resolutividade.

Objetivos da proposta:

Desenvolver pesquisas que propiciassem a produção de conhecimentos nas áreas de Educação e Saúde, em nível de mestrado e doutorado; capacitar docentes para atender às necessidades de desenvolvimento da complexa formação de professores na área de saúde; desenvolver um processo de criação permanente de novos conhecimentos e novas experiência de ensino, visando, a curto prazo, à implementação de reformas curriculares e, a longo prazo, à criação de um Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Metodologia:

Para atender aos objetivos propostos, os consultores nacionais e internacionais (OPAS) e os professores já envolvidos no processo estabeleceram o seguinte método de desenvolvimento da nova proposta:

1. Implementação d e um núcleo de novas disciplinas (Prática em Educação Médica I, Prática em Educação Médica II e Seminário de Pesquisa em Educação) que, juntamente com as disciplinas obrigatórias de cada programa onde o aluno se inseria, representariam 60% dos créditos. O restante dos créditos seriam obtidos num núcleo de disciplina existente na Faculdade de Medicina e na Faculdade de Educação; implementação de uma linha de pesquisa em Educação e Saúde na qual estivessem inseridos representantes de todos os Programas de Pós-Graduação da FAMED, visando à qualificação dos docentes da Faculdade de Medicina, da área da saúde e dos parceiros da FAMED, na promoção da formação de profissionais da saúde, num primeiro momento, Rede Hospitalar Conceição e Gestores Municipais e Estaduais de Saúde; cada programa designaria um ou mais professores orientadores que se dispusesse orientar professores da Faculdade que fariam sua Pós-Graduação em Educação e Saúde, mesmo que estivesse vinculado a um Programa de outra definição, num total de vagas consoante a oferta disponibilizada pelos orientadores já credenciados em seus respectivos Programas; o total de vagas estabelecidas foi de 12, abrangendo a categoria de Mestrado e Doutorado; o aluno teria um professor Orientador do seu Programa de origem e um Professor Orientador da Faculdade de Educação ou de outra Universidade, que tivesse Doutorado em Educação e linha de pesquisa inserida na Área da Saúde; os professores Co-orientadores, além de contribuírem na participação da dissertação ou tese, participariam no desenvolvimento das disciplinas a eles referidas,

que podiam ser realizadas na condição presencial e à distância; os projetos para o desenvolvimento de dissertações e ou teses deveriam estar, preferencialmente, vinculados ao processo de mudanças curriculares e ou ao desenvolvimento dos projetos do Núcleo de Apoio Pedagógico e Pesquisa da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Educação; os recursos financeiros para a organização administrativa seriam os provenientes do Projeto PROMED; o sistema de seleção e ingresso seria feito por meio de prova realizada pela Fundação Médica, constante de questões fechadas tratando de conhecimento em saúde e de questão aberta ligada à educação e saúde, seguida de entrevista marcada para o dia 14 de julho e o ingresso se daria com a primeira aula em 27 e 28 de Agosto de 2004; a avaliação do projeto seria feita por meio do número de professores da Faculdade de Medicina e de outras unidades, bem como profissionais da saúde não ligados à docência, que fizessem sua capacitação docente em Educação e Saúde e pelo impacto de suas publicações, a respeito das mudanças provocadas no ensino médico.

2. Aspectos didáticos e pedagógicos. Os candidatos selecionados obteriam 60% dos créditos na Área Pedagógica e 40% nas Disciplinas Obrigatórias de cada programa (Bioestatística, Bioética, epidemiologia). Para tanto seriam implementadas 3 novas disciplinas na Faculdade de Medicina com apoio da FACED e de Professores de fora do Estado (Educação e Saúde I, Educação e Saúde II e Seminário de Pesquisa em Educação).

Docentes orientadores da faculdade de medicina e da faculdade de educação
Carmen Lucia Bezerra Machado (FACED), Malvina do Amaral Dorneles (Faculdade de Educação), Norma Marzola (Faculdade de Educação), Cláudio Eizirik (PPG Psiquiatria da FAMED), Daniela Riva Knauth (PPG Epidemiologia da FAMED), Ellis Dárrigo Busnello (PPG Ciências Médicas da FAMED), Fernando Antônio de Abreu (PPG Pneumologia da FAMED), Doutor Jorge Alberto Rosa Ribeiro (Faculdade de Educação), José Carlos Fraga (PPG Cirurgia da FAMED), José Roberto Goldim PPG Gastroenterologia da FAMED), Mauro Czepielewski (PPG Endocrinologia da FAMED), Marcelo Zubaran Goldani (PPG Pediatria da FAMED), Marco Torres (PPG Cardiologia da FAMED), Nilton Bueno Fischer (Faculdade de Educação), Paul Douglas Fisher (PPG Epidemiologia da FAMED), Paulo Roberto Antônio de Carvalho (PPG Pediatria da FAMED), Sérgio Saldanha Menna Barreto PPG Ciências Médicas da FAMED), Waldomiro Carlos Manfroi (PPG Cardiologia da FAMED).

Docentes de outras instituições convidados.
José Venturelli McMaster- Toronto - Canadá, Eliana Cláudia Ribeiro – UFRJ, Ricardo Shoiti Comatsu FAMEMA – Marília, Jadete Lampert – UFSM, Laura Feuerwerker - Ministério da Saúde, Doutora Lian Koiffman - UFF, Márcio Almeida - Universidade Estadual de Londrina, Nilton Da Silva Batista - UFSP/EPM, Milton Arruda Martins – USP.

Em julho de 2004, com o apoio do coordenador da COMPG, Prof. Flávio Fuchs a linha de pesquisa em Educação em Saúde foi aprovada pela referida comissão para ser implementada nos Programas de Pós-Graduação já consolidados. A mudança do nome, de Educação Médica para Educação e Saúde obedeceu a uma contingência natural, visto que, nos programas de pós-graduação da FAMED, desde 1998, ingressavam profissionais de toda a área da saúde.

Como este documento tem o perfil de um registro de memória, há que se acrescentar alguns detalhes que raramente ficam conhecidos pela história oficial. Fazemos essa ressalva para salientar a importância que ensejam as relações acadêmicas e humanas entre alunos e professores através dos tempos. Pois bem, a proposta contou com o apoio integral do Prof. Flávio Fuchs porque, dentre outras razões, ele conhecia o tema que propúnhamos por ter sido aluno de graduação dos Seminários de Ensino da Clínica Médica que coordenamos em 1971, no Departamento de Medicina Interna.

Em novembro de 2004, depois de transcorridos trâmites legais do edital de abertura da linha de pesquisa, por meio de prova escrita, entrevista e análise do currículo, foram selecionados dez docentes da Área da

Saúde da UFRGS e dois profissionais da rede do SUS.
A partir de julho de 2005, nossa proposta passou a ser apresentada em diversos congressos regionais e nacionais, conforme modelos abaixo.

Estratégias para um projeto de pós-Graduação em Educação e Saúde na UFRGS

Waldomiro Carlos Manfroi Carmen Bezerra Machado, Eliana Cláudia Ribeiro, Ronaldo Bordin.
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS

Objetivo: descrever estratégias para a implementação de um Projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Faculdade de Medicina da UFRGS.
Meta do Programa: implementar uma linha de pesquisa em Educação em Saúde em cada um dos 10 Programas de Pós-Graduação já consolidados, desenvolver pesquisas que propiciem a construção de saberes e de conhecimentos nas áreas de Educação e Saúde, em nível de mestrado e doutorado, capacitar os docentes para atender às necessidades de desenvolvimento da complexa formação de professores na área de saúde. O objeto central será o estudo de como vem sendo efetivadas, tanto teórica como prática, as experiências "de" e "em" Educação e Saúde, com vistas à formação de educadores que atuem na área da saúde. Eixos centrais de atuação: organização do trabalho pedagógico; processos de ensinar e de aprender e relação com os demais atores sociais.
Situação atual: primeira turma selecionada em agosto/2004, respeitado critérios de docência na área de saúde ou técnicos da rede municipal de atenção à saúde ou do Grupo Hospitalar Conceição, que atuem em cenários de ensino para alunos de graduação. Multiprofissional por definição, os selecionados possuem graduação de origem na medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e odontologia.
Conclusão: almeja-se que com esta iniciativa, o grupo construa um processo de criação permanente de conhecimentos para novas experiências de ensino, pesquisa e extensão e educação, contemplando a multiprofissionalidade – transdisciplinaridade. Respondendo, assim, a demandas estratégicas a curto prazo (inserção na discussão das diretrizes curriculares), a médio prazo (titulação e qualificação do corpo docente) e longo prazo (Para o futuro: Implementação de um Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde).

Como se observa abaixo, na apresentação oral do nosso projeto, apresentávamos sempre, passo a passo, os caminhos que havíamos percorrido para conseguirmos a aprovação do nosso projeto. Era uma tentativa de auxiliar outras instituições a percorrerem um caminho para o sucesso de suas propostas.

VI Congresso Nacional da Rede Unida
UFMH Belo Horizonte 06 a 05/07/2005

Estratégias para implementação de um Projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde
Prof. Waldomiro Carlos Manfroi
Carmen L. B. Machado
Eliana Cláudia Ribeiro. UFRJ

Diretrizes curriculares - estruturação pedagógica:
Art. 9. O Projeto Pedagógico deverá ser construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.
AVALIAÇÃO FORMATIVA.

Com que professores?
Definição de princípios da FAMED?UFRGS: O sucesso das Diretrizes Curriculares

estaria na dependência de: Preparo Pedagógico dos Professores para uma nova realidade;
Profissionalização dos Professores;
Mudanças das estruturas e dos cenários de ensino.

Providências adotadas na FAMED/UFRGS

Criar uma Linha de Pesquisa Em Educação Médica num dos Programas de Pós-Graduação da FAMED e com a participação de professores da FAMED e da FACED. Certificação fornecida pela FAMED. A proposta não prosperou por diversas razões. Afinal, o resultado da história não é apenas uma decisão preliminar que é alcançado sem tropeços.

Proposta vencedora

Apoio do PROMED – OPAS: consultores externos
Eliana Claudia Ribeiro e José Venturelli

Criar uma linha de pesquisa em Educação Médica na FAMED para os 10 Programa de Pós-Graduação Existentes. Cada Programa indicaria um ou mais orientadores.
Cada aluno teria 2 orientadores: um da área médica e outro com Doutorado em Educação.
Elaboração do Projeto: Waldomiro Manfroi, Carmen Machado e Eliana Claudia Ribeiro.

Apresentação do Projeto na Comissão de Pós-Graduação da FAMED em março de 2004.
Discussão do Projeto em cada Comissão dos 10 Programas abril e maio de 2004
Aprovação do Projeto e designação do Coordenador pela COMPG/Famed em maio de 2004.
Aprovação pelo Conselho da FAMED em junho de 2004.
Designação de 14 orientadores pelos 10 Programas.
Constituição do Fórum de Orientadores do Projeto
Definidas vagas: para a FACED, para a Secretaria Estadual de Saúde Municipal de Saúde, para a Odontologia e Farmácia/UFRGS e Grupo Hospitalar Conceição
Designadas as Comissões de seleção dos candidatos.
Realizada prova escrita, dissertativa, análise de currículo e entrevista, em julho de 2004.
Seleção dos 12 candidatos em julho de 2004
Início do Projeto em agosto de 2004.

Aspectos pedagógicos

Obtenção de 60% dos créditos na área Pedagógica e 40% nas Disciplinas Obrigatórias de cada programa (Bioestatística, Bioética, epidemiologia)
Implementação de 3 disciplinas novas na MED com apoio da FACED e de Professores de fora do Estado (Educação e Saúde I, Educação e Saúde II e Seminário de Pesquisa em Educação)
Todas as Disciplinas da FACED.

Nessa fase de consolidação da linha de pesquisa, uma das ações que contribuiu muito para a consolidação da proposta foi a apresentação do projeto no Congresso Internacional de Educação Médica, realizado em Gênova, Itália, em agosto de 2006, com o seguinte formato:

Strategies to implement a postgraduate project in health and education - medical school of Federal University of Rio Grande do Sul

Waldomiro Carlos Manfroi, Carmen Lucia Bezerra Machado, Malvina Dorneles, Eliana Claudia Ribeiro and Ronaldo Bordin

Objective: Medical Doctors work based on evidences, but when they work as professors, they dont have the same concern. Summary: Strategies to implement a Postgraduate Project on Health and education. A research line in Health and Education was implemented in each of the ten Programmes already existing in the Medical School of the Federal Universiity of Rio Grande do sul - Brazil. The main objectives are to form educators mainly in pedagogic methodology in learning and teaching, in master and PHD levels, to study how the experience in Health Education has been developed, both theoretically and practically. Summary of results: The first group composed by eleven students (professors from Medical, Nursing and Odontology Schools) was selected in August 2004, according to the criteria of being already approved. Conclusions and message: The group is expected to devolop a process of permanent research for new teaching, search, extention and education experiences aiming to multiprofessionality experiences for achieving in the short run to attend the Brazilian Diretrizes Curriculares for Medical and other Health Schools.In the middle run, to qualify the teaching staff and in the long run, to implement a Postgraduate Programme in Health and Education.

Outro fator de relevante que ajudou a promover o projeto em nível nacional foi sua publicação, sob o título Estratégias para a implementação de um projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde na FAMED da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no número 32, da Revista Brasileira de Educação Médica, em 2008.

Vencidas as etapas para obtenção dos créditos e realização dos projetos de pesquisa dos alunos que ingressou em 2004, dez concluíram os créditos e tiveram aprovadas as defesas das dissertações ou teses. Em setembro de 2007, com a conclusão das atividades da primeira, nova proposta foi encaminhada para a Comissão de Pós-Graduação da FAMED, visando ao ingresso de outra turma para ter início em 2008. Como a maioria dos representantes na Comissão havia mudado e vários deles ainda não conhecessem o projeto, longa discussão para esclarecimentos se fez necessária. Felizmente, por contarmos com o apoio integral do coordenador da Comissão, Prof. Marcelo Zubaran Goldani, a nova proposta foi aprovada em outubro de 2007. Em março de 2008 uma nova turma, formada por seis docentes e quatro servidores dos serviços do SUS, ingressou, oito dos quais concluíram suas atividades e obtiveram título de mestre ou doutor em 2012.

Mas por que destacamos, outra vez, o apoio do coordenador da Comissão? Pelas mesmas razões que citamos o nome do Prof. Flávio Fuchs. Ainda que eles tivessem participado em tempos e momentos distintos, ambos foram testemunhas e protagonistas de duas grandes mudanças no ensino médico da Faculdade. Flávio Fuchs, em 1971 e Marcelo Goldani, este como líder acadêmico, entre 1985-1988, quando, na Direção da faculdade, implementamos a inovadora mudança de cenário e de estratégias no ensino médico, as quais haviam sido aprovadas pela Comissão de Graduação.

Consolidada a linha de pesquisa nos programas de pós-graduação, sob o título *Estratégias para a Implementação de um Projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com apoio da Faculdade de Educação*, o projeto foi apresentado em vários congressos e publicado em revista de grande circulação nacional.

Assim que a inciativa se tornou pública, despertou o interesse de outras instituições de ensino e de órgãos associativos e outros movimentos se agregaram. Em nível nacional, em 2006 fomos designados, na Assembleia Geral do Congresso Brasileiro de Educação Médica, para coordenar um grupo de trabalho, visando à implementação de atividades similares em outros Programas de Pós-Graduação de outras Faculdades de Medicina Brasileiras.

Após a constituição do grupo de trabalho, via rede, intitulado Grupo ABEM Pós-Graduação, foi programada a realização da primeira oficina no 45º Congresso Brasileiro de Educação Médica, que se realizaria em Uberlândia (MG) em outubro de 2007, com o título Formação Pedagógica e Linhas de Pesquisa em Educação Médica, nos Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu.
A oficina, que foi coordenada pelo Professor Manfroi, obedeceu à seguinte sequência nos trabalhos:

> A Professora Doutora Victoria Maria Brant Ribeiro, do Nutes/UFRJ, apresentou a experiência da formação pedagógica dos mestrandos do grupo. A Professora Doutora Sylvia Helena Batista apresentou a experiência do Cedess/Unifesp. O Professor Doutor Joaquim Edson Vieira, do Cedem/USP, apresentou o trabalho que desenvolviam na Faculdade de Medicina da USP. E nós apresentamos as etapas que percorremos para implementar nosso Projeto de Pós-graduação em Educação e Saúde desenvolvida na Faculdade de Medicina, com apoio da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
>
> Por sugestão de uma participante, foi discutida a parceria entre escola-serviço e as diferenças e peculiaridades entre o professor universitário e o preceptor funcionário da rede. A Professora questionou a necessidade de renovação nos colegiados de curso e de um plano de carreira diferenciado para funcionários da rede que recebem e acompanham estudantes, privilegiando também a formação continuada. Nesse sentido, foi abordado o programa PET, do Ministério da Saúde. Nessa mesma linha, a Professora Victoria Brant Ribeiro relatou que está em implantação um projeto na Universidade Federal do Rio de Janeiro que tem por objetivo aperfeiçoar um modelo de avaliação prática do acadêmico pelo preceptor.
>
> No terceiro momento da oficina, foram apresentadas as seguintes propostas para continuação dos trabalhos do grupo: Montar oficinas de mobilização com os coordenadores de programas de pós-graduação de Medicina, de acordo com a divisão regional da ABEM, visando implementar projetos de ensino e de pesquisa na área da educação nos respectivos programas de pós-graduação dos participantes da oficina; realizar oficinas para construção coletiva de diretrizes para elaborar cursos de formação pedagógica, integrando docentes de programas de pós-graduação stricto sensu das áreas de Educação e Medicina, integrando as faculdades de Educação no movimento; estudar estratégias para uma política de aproximação da CAPES, visando criar instrumentos que avaliem a produção de conhecimento em educação nos programas de pós-graduação de Medicina; constituir um projeto de desenvolvimento das ações em nome da ABEM, a fim de obter recursos para a realização de fóruns/oficinas sobre educação médica e/ou Educação em Saúde. Os projetos serviriam de instrumento para obter recursos para os encontros junto aos órgãos financiadores; para levantamento das linhas de pesquisas e produções existentes nas áreas; para desenvolvimento das ações propostas e a adesão de outros programas de pós-graduação e/ou instituições.

Em 2008, no 46º Congresso Brasileiro de educação Médica (Cobem), ocorrido em Salvador, foi realizada a segunda oficina do grupo – A Formação Pedagógica e Linhas de Pesquisa na Pós-Graduação Stricto Sensu na Área de Medicina –, coordenada pelo Professor Doutor Waldomiro Carlos Manfroi (UFRGS), tendo como relatores Cristiane Barelli (UPF/RS), Evania Luiza de Araújo (UPF/RS) e Danilo Blank (UFRGS/RS). Coordenaram os grupos as Professoras Victória Maria Brant Ribeiro (UFRJ), Eliana Amaral (Unicamp/SP), Sylvia Helena Batista (Unifesp/SP) e Jadete Barbosa Lampert (CAEM/ABEM).
A oficina contou com os seguintes participantes: Adriana Aguiar (FNEPAS/ABEM), Eliana Amaral (UNICAMP/SP-FAIMER/BR), Francisco Arsego de Oliveira (UFRGS/RS), Cristiane Barelli (UPF/RS), Danilo Blank (UFRGS/RS), Carlos Henrique Martins da Silva (UFU), Evania Luiza de Araújo (UPF/RS), Ivan Antonello (PUCRS/RS), Jadete Barbosa Lampert (UFSM/ABEM), Jorge Alberto Buchabqui (UFRGS/RS), Marcia Hiromi Sakai (SGTES/MS), Mariangela Cainelli Oliveira Prado (UNIFESP/SP), Maria Lucia da S. G. Jorge (FEPAR), Nildo Alves Batista (Unifesp/SP), Nilce Maria Silva Campos Costa

(UFG/GO), Cynthia Isabel Ramos Vivas Ponte (UFRGS/RS), Vicente Madeira (UNIFESO), Regina H. P. Mennin (UNIFESP/SP), Rosana Alves (UNIVIX/ES), Ruy Souza (UFRR/RR), Suely Grosseman (UFSC/SC), Silvia M. R. R. Passeri (UNICAMP/SP), Sylvia Helena Souza da Silva Batista (UNIFESP/SP), Maria Valéria Abreu Lima (UEPG/PR), Victoria Maria Brant Ribeiro (NUTES/RJ), Waldomiro Carlos Manfroi (UFRGS/RS).

Os grupos, na união de esforços de múltiplas origens, discutiram os seguintes tópicos:

-Constituição de massa crítica de professores da ABEM que tivessem Doutorado em Educação ou na sua área de atuação e outra capacitação em Educação (mestrado, especialização, FAIMER, por exemplo) e que estivessem se dedicando a trabalhos de educação médica e/ou educação e saúde, visando à implementação de um programa de pós-graduação, em nível nacional;

- Promoção de ações para implementar cinco programas regionais (Nordeste, Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre), todos com mestrado e doutorado, com a participação dos ministérios da Saúde e Educação, ABEM, Opas, CAPES, com a participação dos mesmos professores;

- Criação de linha de pesquisa em educação médica nos programas de pós-graduação constituídos, com apoio da ABEM e CAPES. O Banco de Professores da ABEM daria suporte para desenvolver as atividades nas disciplinas e na co-orientação, de forma presencial e à distância.

No final das quatro horas de trabalho, além do aprofundamento dos destaques levantados na primeira oficina, o grupo coordenado pelo Prof. Nildo Batista apresentou uma nova proposta: A criação de Mestrado Profissional Ensino na Saúde, nos programas de pós-graduação já instituídos nas universidades.

Ampliação da proposta no âmbito da UFRGS.

Em abril de 2008, a então Pró-Reitora de Pós-Graduação, Valquíria Bassani nos convidou para montarmos um projeto que atendesse as perspectivas de um edital lançado pelo CNPq, como propostas de impacto das universidades para a formação com vistas ao futuro. Pelo fato de que ela, quando Diretora da Escola de Farmácia ter participado dos nossos seminários de mudança curricular e reconhecer a motivação docente, conhecia muito bem a Linha de Pesquisa Educação e Saúde e escolhera-a para inscrevê-la no respectivo edital. Depois de designar pessoas técnicas a disposição, passamos a elaborar a proposta, que foi encaminhada em tempo hábil. Vencida essa etapa, solicitamos seu apoio para implementarmos a ideia de transformação da linha de pesquisa Educação e Saúde num Programa Interdisciplinar Educação e Saúde na UFRGS. Depois de apoiar integralmente a proposta, a pró-reitora convidou, para uma reunião oficial, diretores e coordenadores da Pós-Graduação das Unidades de Saúde, a fim de discutirmos o tema. Depois de explicarmos as pretensões e de como realizá-las, ficamos autorizados a procurar docentes das respectivas unidades que estivessem interessados em participar da elaboração da proposta para o novo programa de pós-graduação. Em poucos meses de contatos e reuniões de trabalho, conseguimos agregar à proposta os seguintes docentes: Alex Branco Fraga, Fernando Seffner, Carmen Lucia Bezerra Machado, José da Silva Moreira, Malvina do Amaral Dorneles, Marcelo Zubaran Goldani, Marco Antonio Rodrigues Torres, Maria Nestrovsky Folberg, Mérion Campos Bordás, Norma Regina Marzola, Paulo Peixoto de Albuquerque, Paulo Roberto Antonacci Carvalho, Paulo Silva Belmonte de Abreu, Rochele de Quadros Loguercio, Rui Vicente Oppermann, Vera Maria da Rocha, Cynthia Isabel Ramos Vivas Ponte, Daniela Riva Knauth, Danilo Blank, Fernando Neves Hugo, José Roberto Goldim, Luciana Fernandes Marques, Márcia Cançado, Mário Bernardes Wagner, Miriam Suzete de Oliveira Rosa, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi e Waldomiro Carlos Manfroi.

Em setembro de 2009 a proposta da criação do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Educação e Saúde (Mestrado e Doutorado), depois de aprovada nas esferas competentes das unidades, foi encaminhada, para análise à Câmara de Pós-Graduação da UFRGS. Em 2010, o processo voltou para que fossem introduzidas modificações, mas pelo fato de a CAPES ter lançado os editais Pró-Ensino na Saúde, o projeto foi suspenso temporariamente. Todos os documentos pertinentes de ambos encontram-se na secretaria do PPGENSAU - Modalidade Mestrado Profissional.

Inserção da proposta no Centro de Pesquisa Clínica do HCPA

Em 2009, ainda, para concorrermos ao Edital DO CENTRO DE PESQUISA CLÍNICA DO HCPA, elaboramos a proposta para a criação do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar Educação e Saúde. Depois de termos sido contemplados com uma das vagas, passamos a ocupar com todos os equipamentos necessários, uma sala no sexto andar do prédio construído exclusivamente para desenvolver pesquisa clínica, de onde desenvolvíamos as atividades acadêmicas e administrativas do referido projeto e das disciplinas oferecidas aos Programas de Pós-Graduação e ao Mestrado Profissional Ensino na Saúde.

Objetivos da proposta:

1. Formar e qualificar em nível de mestrado profissional e/ou mestrado acadêmico ou doutorado os profissionais da Área da Saúde como docentes para atuarem nas Instituições de Ensino Superior – IES;
2. identificar e promover a melhor evidência científica acerca de metodologias usadas no ensino e nos processos de aprendizagem;
3. colocar à disposição dos alunos, dos professores e das instituições essas informações;
4. avaliar o rigor e a qualidade dos atuais e dos novos métodos de ensino;
5. estimular a formação cada vez mais qualificada de professores; e,
6. Implementar projetos de pesquisa visando a identificação das condições de saúde de populações, bem como os impactos das intervenções propostas e ou realizadas e produzir, publicar e difundir as descobertas em revistas de impacto nacional e internacional.

Docentes participantes:

Waldomiro Carlos Manfroi - FAMED/UFRGS
José Roberto Goldin - HCPA
Marcelo Zubaran Goldani - FAMED/UFRGS
José da Silva Moreira - FAMED/UFRGS
Paulo Belmonte Abreu - FAMED/UFRGS
Marcos Antonio Torres - FAMED/UFRGS
Paulo Carvalho - FAMED/UFRGS
Carmen Lucia Bezerra Machado - FACED/UFRGS
Malvina Dorneles - FACED/UFRGS
Rochele de Quadros Loguercio - Instituto de Química/UFRGS
Vera Rocha - ESEF/UFRGS.

Voltando ao contexto nacional

Logo após o Congresso da ABEM realizado, em agosto de 2008, em Salvador, o Professor Francisco Campos e a Professora Ana Estela Haddad, do Ministério de Saúde, constituíram um grupo de trabalho para montar uma proposta que seria encaminhada à CAPES, visando à implementação de Programas de Pós-Graduação em Ensino na Saúde ou linhas de pesquisa, nesta área, nos programas existentes. O grupo ficou assim constituído: Ana Estela Haddad (MS/SGTES/DEGES), Sigisfredo Luís Brenelli, Nildo Alves Batista (UNIFESP), Maria Amélia de Campos Oliveira (EEUSP), Maria Celeste Morita (UEL), Márcia Sakai (MS/SGTES/DEGES), Geraldo Cunha Cury (UFMG), Waldomiro Carlos Manfroi (UFRGS), Maria Rita Bertolozzi (EEUSP) e Francisco Campos (SGTES). Em reuniões periódicas de trabalho realizadas, durante o ano de 2009, foi construída a proposta de criação de Programa Nacional de Incentivo à Pós-Graduação na Área do Ensino na Saúde, com dois enfoques: estímulo à criação de mestrados profissionais em Ensino na Saúde e lançamento de um Edital – Pró-Ensino na Saúde, em nível de mestrado, doutorado, e projetos de pós-doutorado. A CAPES acatou as propostas, realizando um seminário, em fevereiro de 2010, que produziu recomendações para a elaboração de mestrados profissionais na Área de Ensino na Saúde:

> Tomar a própria prática docente como ponto de partida para empreender mudanças no cotidiano do ensinar e aprender no âmbito dos serviços de saúde, em um movimento de ação-reflexão-ação, constitui-se em instigante caminho a ser trilhado. Esta é a essência de um Mestrado Profissional na área do Ensino na Saúde. O Mestrado Profissional deve oferecer subsídios teórico-conceituais e metodológicos aos profissionais, aprimorando seu desempenho, a partir de uma atuação mais crítica, reflexiva e criativa nos seus ambientes de prática profissional. A chamada de mestrados profissionais representa uma política indutora de projetos de intervenção com vistas à transformação das práticas, formando futuros mestres que atuem no Ensino na Saúde, preferencialmente no cotidiano dos serviços de saúde. Para isto, os projetos devem se comprometer com a produção de conhecimento a partir da investigação de situações relacionadas à prática do Ensino na Saúde em sua interface com as evidências científicas da área e dos serviços de saúde.

Em maio de 2010 a CAPES lançou o Edital nº 024/2010 – Pró-Ensino na Saúde, que teve o objetivo de estimular no País a realização de projetos de pesquisa e apoio ao Ensino na Saúde, utilizando recursos humanos e de infraestrutura disponíveis em diferentes programas de pós-graduação de IES e/ou demais instituições, possibilitando a produção de pesquisas científicas e tecnológicas e a formação de mestres, doutores e de estágio pós-doutoral na área do Ensino na Saúde.

O Edital afirmava que estes projetos deveriam *desenvolver e consolidar esta área de formação, considerada estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde, por meio da análise das prioridades e das competências existentes, visando à melhoria do ensino de pós-graduação e graduação em Saúde.*

Os objetivos considerados específicos foram: contribuir para o fortalecimento e a ampliação de programas de pós-graduação *stricto sensu* no País que tenham áreas de concentração e/ou linhas de pesquisa relativas à área do Ensino na Saúde; estimular a criação de áreas de concentração e/ou linhas de pesquisa em programas de pós-graduação *stricto sensu* existentes no País, voltadas às áreas temáticas contempladas no Edital; oportunizar a nucleação e interação entre grupos de pesquisa e equipes acadêmicas visando futuras propostas de programas de pós-graduação – modalidade mestrado profissional – na área de Ensino na Saúde; investigar situações relacionadas à prática do Ensino na Saúde em sua interface com os serviços de saúde; apoiar a formação de recursos humanos em nível de pós-graduação stricto sensu capacitados para atuar no ensino de graduação e pós-graduação em Saúde; permitir a mobilidade de docentes e estudantes de pós-graduação entre os grupos de pesquisa envolvidos no projeto; incentivar o desenvolvimento de estágios pós-doutorais na área do Ensino na Saúde; promover o intercâmbio de conhecimentos, estimulando o estabelecimento de parcerias (redes de pesquisa e/ou consórcios interinstitucionais) entre IES, serviços públicos de saúde e outras instituições capacitadas a desenvolver estudos que, de forma articulada, implementem pesquisa, tecnologias e inovações na área do Ensino na Saúde; estimular a redução das assimetrias inter e intrarregionais da pós-graduação brasileira, em especial nas regiões Amazônica, Nordeste e Centro-Oeste, criando núcleos disseminadores e incentivadores, regionais, a partir do desenvolvimento de propostas interinstitucionais; estimular o uso de tecnologias da informação e comunicação na oferta de modalidades à distância, presencial e semipresencial, pela construção e validação de modelos de ensino para a graduação e pós-graduação.

De acordo com o exposto e tendo presente a grande diversidade de temas pertinentes ao Ensino na Saúde, foi conferida prioridade às seguintes áreas temáticas: gestão do Ensino na Saúde; currículo e processo ensino-aprendizagem na graduação e pós-graduação em Saúde; avaliação no Ensino na Saúde; formação e desenvolvimento docente na Saúde; integração entre universidades e serviços de saúde; políticas de integração entre saúde, educação, ciência e tecnologia; tecnologias presenciais e à distância no Ensino na Saúde.

Para atender aos dois novos editais da CAPES intitulados Pró-Ensino na Saúde (24/2010 - Mestrado, Doutorado e Projetos de Pós-Doutorado e Mestrado Profissional), em maio de 2010, elaboramos duas propostas: uma da linha acadêmica em nível de mestrado e doutorado e outra de Mestrado Profissional. O da linha acadêmica, intitulado **Linha de Pesquisa: INTERDISCIPLINAR EDUCAÇÃO E SAÚDE**

e que foi encaminhada pela UFRGS à CAPES em maio de 2010. Ainda que não tenhamos sido contemplados com uma das vagas para a nossa proposta, fazemos o registro de parte da justificativa do encaminhamento, com o objetivo de que, quando a ideia for retomada, toda a documentação pertinente se encontra arquivada e disponível.

De forma resumida, nossa proposta apresentava as seguintes justificativas:

Esta Linha de Pesquisa é concebida no referencial Interdisciplinar e articula Unidades e espaços institucionalizados na Instituição – UFRGS / UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, em processo de formação de rede junto a outras Universidades e aos serviços de saúde no município de Porto Alegre e no Estado do Rio Grande do Sul. A instituição tem vários cursos de Pós-Graduação na área e em área afim dos quais nove cursos estão envolvidos direta ou indiretamente nesta Linha de Pesquisa. Atende às solicitações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES na forma do Edital 024-2010 da CAPES, e se estrutura no Novo Programa MESTRADO PROFISSIONAL em Ensino na Saúde (encaminhado em resposta ao Edital 005-2010 CAPES) e é resultado da Linha de Pesquisa que articula os Programas de Pós-Graduação da FAMED e da FACED, e integra o MESTRADO ACADÊMICO e o DOUTORADO INTERDISCIPLINAR EDUCAÇÃO E SAÚDE apresentado à Câmara de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para implementação de novo Programa de Pós-Graduação, ora tramitando como processo interno na UFRGS. Os redatores e articuladores do texto e do grupo de docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Educação e Saúde são: o Professor Doutor Waldomiro Carlos Manfroi, a Professora Doutora Carmen Lucia Bezerra Machado e a Professora Doutora Miriam Suzete de Oliveira Rosa. O processo tramitou nas Unidades citadas e está aprovado nos Conselhos: FAMED em 06 de julho de 2009, e no Conselho da FACED em 16 de agosto de 2009.
Coordenador *Pró Tempore* do Programa, Professor Doutor Waldomiro Carlos Manfroi, Vice-Coordenadora *Pró Tempore* Profa. Dra. Carmen Lucia Bezerra Machado.

Os programas contemplados no edital nº 24/2010 pró-ensino na saúde
mestrado – doutorado e projetos de pós-doutorado
Título Sigla e Coordenador

Ensino na Saúde: Caminhos para a superação dos desafios na formação profissional para o SUS UFSC. - **Marta Lenise do Prado**; A formação de professores no contexto do SUS: políticas, ações e construção de conhecimento. - **Adriana Katia Corrêa** USP; Estudo da Formação do profissional de saúde no contexto de inovações curriculares, da capacitação pedagógica de professores e da integração ensino serviço na rede SUS, - **Victoria Maria Brant Ribeiro** UFRJ; Inserção de tecnologias à distância combinadas com presenciais no ensino na área da saúde. - **Mauro Silveira de Castro** UFRGS; Formação em Educação Superior nas Profissões da Saúde. - Luiz Ernesto de Almeida Troncon USP. RP; Desenvolvimento de competências gerais e específicas nos vários cenários de ensino-aprendizagem dos estudantes de medicina, odontologia e enfermagem: situação atual dos currículos, implantação e avaliação de metodologias ativas. - **Elizabeth Francesco Daher** UFC; Implementação do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Educação em Saúde (NEPES) da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). - Marco Akerman FMABC; Avaliação do Ensino em Saúde: a formação de multiplicadores para ações de qualidade. **Eliana Martorano Amaral** Unicamp;Ensino na saúde: uma proposta integradora para o Sistema Único de Saúde. **Cecília Dias Flores** UFCSPA; Organização Pedagógica do Trabalho Docente em Saúde. - **Domingo Marcolino Braile** Famerp; Docência na Saúde. - **Magda Lahorne Nunes** PUCRS; Inovação em Docência Universitária: uma proposta de (trans)formação no processo de ensino e aprendizagem para os cursos da área da saúde

na Universidade Federal de Viçosa. - **Rosângela Minardi Mitre Cotta** UFV; Ensino, saúde e desenvolvimento: rede de saberes e práticas. - **Izabel Cristina Meister Martins Coelho** FPP; Tecnologias Educacionais Interativas para potencialização de Educação em Saúde. - **Chao Lung Wen** USP; Projeto de criação da linha de pesquisa em Ensino na Saúde do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG. - **Nilce Maria da Silva Campos Costa** UFG; Projeto para Desenvolvimento de Linha de Pesquisa e Apoio ao Ensino na Saúde no Mestrado Profissional de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas das Santa Casa de São Paulo. - **Regina Maria Giffoni Marsiglia** FCMSCSP; Fortalecimento do Ensino na Saúde no contexto do SUS: Uma proposta interdisciplinar da Universidade de Brasília na Região Centro-Oeste. - **Gardênia da Silva Abbad** UnB; Formação para a docência de ensino superior na área de Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas. - **Élida Azevedo Hennington Fiocruz**; Integração Universidade, Serviços de Saúde e comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP: Construindo novas práticas de formação e pesquisa. - **Eliana Goldfarb Cyrino** UNESP; Educação e Saúde: bases epistemológicas e metodológicos da formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde **José Ivo Pedrosa** FUFPI; Projeto de formação de recursos humanos no nível. - de mestrado e doutorado em educação para profissionais de saúde com ênfase no ensino em saúde para o SUS. - **Maria das Graças Martins da Silva** UFMT; Políticas de Formação em Educação Física e Saúde Coletiva: Atividade Física/ Práticas Corporais no SUS. - **Alex Branco Fraga** UFRGS; Avaliação do Estudante e do Ambiente de Ensino nos Cursos da Área de Saúde. - **Mílton de Arruda Martins** USP.

Observação: Pelo fato de os Mestrados Profissionais Ensino na Saúde terem sido registrados em diversas Áreas, não nos foi possível localizá-los para que pudéssemos aqui nominá-los.

Com a aprovação do nosso Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde: Mestrado Profissional, em 2011, os trabalhos passaram à coordenação dos professores Marcelo Zubaran Goldani e Carmen Lucia Bezerra Machado, contando com apoio logístico da secretária do programa, Walcy Pereira Oliveira. Por determinação da Câmara de Pós-Graduação da UFRGS, o Programa recebe a denominação de Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional.

Em seleção de prova escrita, análise de projetos e entrevistas, os 96 candidatos presentes dentre os 106 inscritos, foram selecionados 20 que ingressaram no Programa em 2012, todos vinculados ao Sistema Único de Saúde.

Docentes participantes como orientadores e responsáveis por disciplinas: Carmen Lucia Bezerra Machado, Clécio Homrich da Silva, Cristine Maria Warmling, Danilo Blank, Fernando Neves Hugo, José Roberto Goldim, Luciana Fernandes Marques, Malvina do Amaral Dorneles, Marcelo Zubaran Goldani, Miriam Suzéte de Oliveira Rosa, Paulo Peixoto de Albuquerque, Paulo Roberto Antonacci Carvalho, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi e Waldomiro Carlos Manfroi.

No segundo semestre de 2014, por desistência de um aluno, por falta de liberação no ambiente de trabalho, foram defendidos dezenove trabalhos de conclusão dos alunos da primeira turma.

Em 2014, depois da eleição do novo Coordenador do Programa, Danilo Blank e da Coordenadora Substituta, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, e o ingresso do Prof. Roger dos Santos Rosa no quadro de docentes, foi lançado novo edital, visando ao ingresso de nova turma. Assim, em março de 2015 ingressou a segunda turma composta por vinte profissionais dos serviços do SUS, selecionados entre os noventa e três inscritos, os quais cursam as disciplinas para a obtenção dos dezoito créditos exigidos pelo atual Regimento do Programa e elaboraram os projetos de conclusão de curso, apresentados em dezembro de 2015, e, atualmente em desenvolvimento.

Para enriquecer e fortalecer esse exitoso caminho construído por múltiplas mãos e cabeças, surge como unidade, sob a coordenação do Prof. Paulo Peixoto de Albuquerque, a implementação da *Revista Saberes Plurais na Educação e Saúde.*

Com a certeza de que esta história continuará sendo contada através dos tempos, destacamos duas realidades positivas: O coordenador atual do Programa, Danilo Blank e a coordenadora substituta, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, têm participação ativa nessa construção, desde que a linha de pesquisa foi implementada.

Enfim, esta é uma história. Seria a única? A verdadeira?

Única, temos certeza que não é. Outros contariam mais coisas. Verdadeira, sim.

Artigo

Avaliação do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde - mestrado profissional da UFRGS: percepções de egressos

Evaluation of the Postgraduate Program in Teaching in Health Science - professional master's Degree at UFRGS: former students' perceptions

Evaluación del Programa de Graduados en Educación en Salud - maestría profesional: la percepción de los graduados

Paulo Peixoto de Albuquerque[1]
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi[2]
Danilo Blank[3]

Resumo

O Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU) iniciou suas atividades na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em agosto de 2012, vinculado à Faculdade de Medicina (FAMED), a partir da proposta de oferecer subsídios teórico-conceituais, metodológicos, científicos e pedagógicos aos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), para que desenvolvessem atividades de educação visando ao aprimoramento das práticas solidárias de atenção e de gestão em saúde. Acolheu 20 estudantes em sua primeira turma, dos quais 19 concluíram o mestrado dentro do período programado, no segundo semestre de 2014. O objetivo deste relatório institucional foi

1 Professor da Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisador do Núcleo Trabalho, Movimentos Sociais e Educação com área de interesse nos processos de aprendizagem em ambientes não formais.
2 Doutora em Educação. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Coordenadora substituta do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
3 Professor associado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da UFRGS

acompanhar os egressos da primeira turma do PPGENSAU e colher suas percepções sobre o impacto do programa no âmbito profissional, pessoal e acadêmico. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário online semiestruturado, autoaplicável, que contemplou informações sobre o perfil sociodemográfico; eventos nos quais trabalhos tenham sido apresentados, identificando títulos e formato das produções; situações em que os produtos do mestrado tenham sido discutidos ou aplicados no ambiente profissional e destaque qualitativo do impacto do programa na vida dos egressos, nas dimensões pessoal, profissional e acadêmica. A turma foi composta exclusivamente por mulheres, com idades entre 29 e 51 anos, com atuação profissional em saúde no estado do Rio Grande do Sul. Sua formação deu-se em nove cursos da área da saúde (enfermagem, odontologia, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional, psicologia e farmácia) e um curso da área da educação (pedagogia). A maior parte eram enfermeiras e cirurgiãs-dentistas. O vínculo atual de trabalho em serviços vinculados ao SUS foi predominante. A experiência no programa ressignificou o fazer profissional discente. Os relatos permitem concluir que ser egresso do PPGENSAU propiciou dois tipos de impacto profissional: o agir de forma rigorosa (seja na pesquisa e/ou outros projetos de intervenção), que materializa modos de ser apreendidos no curso, e o surgimento de oportunidades de trabalho concretas e diferenciadas (tais como publicações, assunção de cargos de gestor, docência). Importante destacar que esta análise permitiu ao colegiado de professores repensar o percurso de aprendizagem dos acadêmicos e constatar que seu desenvolvimento profissional subsequente não ocorre por acaso.

Palavras-chave: mestrado profissional; avaliação educacional; Sistema Único de Saúde.

Abstract

The Postgraduate Program in Teaching in Health Science (PPGENSAU) started its activities at the Faculty of Medicine of Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) in August 2012, from the proposal to provide theoretical, conceptual, methodological, scientific and educational foundations to professionals of the Unified Health System (SUS), so that they be involved in educational activities aimed at improvement of supportive health care practices and management. The first class comprised twenty students, all but one of which completed the course within the scheduled period, by the second half of 2014. The objective of this institutional report was to follow up the graduates of that first class of PPGENSAU and to find out their perceptions of the program's impact upon their professional, personal and academic life. Data collection was performed using an online self-administered semi-structured questionnaire, which included information on socio-demographic profile; events in which works have been presented, including titles and format; situations in which the products developed during the course have been discussed or implemented within the professional setting; as well as a qualitative appraisal of the program' impact upon personal, professional and academic dimensions of graduates' lives. The class was made up exclusively of women, aged 29 to 51 years, with professional activity in the health sector in the state of Rio Grande do Sul. Their professional formation had been in nine health-related courses (nursing, dentistry, medicine, physiotherapy, speech therapy, social work, occupational therapy, psychology and pharmacy) and one educational course (pedagogy). The majority of the students were dentists, and nurses. Their employment link was predominantly to services related to the SUS. Having taken part in the master's degree program resignified students' professional doings. The former students' accounts allow the conclusion that PPGENSAU had two types of professional impact: more rigorous conduct (whether in research and/or other intervention projects), which epitomizes a way of being that was learned in the course, and the emergence of concrete and distinguishing work opportunities (such as publications, managing positions, teaching). Moreover, the present analysis enabled teachers

both to rethink the learning trajectory of students and to see that their subsequent professional development does not occur by chance.

Keywords: professional master's degree; teaching evaluation; Unified Health System.

Resumen

El Programa de Postgrado en Educación en Salud (PPGENSAU) inició sus actividades en la Universidade Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS) en agosto de 2012, vinculado a la facultad de medicina (FAMED), a partir de la propuesta de ofrecer subsidios teórico conceptuales, metodológicos, científicos y pedagógicos a los profesionales del Sistema Único de Salud (SUS), para que desenvuelvan actividades de educación enfocadas en prácticas solidarias de atención y gestión en salud. Fueron 20 estudiantes en el primer grupo, de los cuales 19 concluyeron la maestría dentro del periodo programado, en el segundo semestre de 2014. El objetivo de este informe institucional, fue acompañar a los egresados del primer grupo de PPGENSAU y obtener sus percepciones sobre el impacto del programa en el ámbito profesional, personal y académico. La recolección de datos fue realizada por medio de un cuestionario virtual semiestructurado, auto aplicable, que contemplo información sobre el perfil sociodemográfico; eventos en los cuales los trabajos habían sido presentados, identificando títulos y formatos de producciones; situaciones en que los productos de la maestría habían sido discutidos o aplicados en el ámbito profesional, destacándose cualitativamente el impacto del programa en la vida de los egresados, las dimensiones personales, profesionales y académicas. El grupo fue compuesto especialmente por mujeres de edades entre 29 -51 años con actuación profesional en salud en el estado de Rio Grande do Sul. Su formación se realizó en nueve cursos del área de la salud (enfermería, odontología, medicina, fisioterapia, fonoaudiología, servicio social, terapia ocupacional, psicología y farmacia) y un curso del área de la educación (pedagogía), donde la mayoría eran enfermeras y cirujanas dentistas. La conexión actual del trabajo en los servicios vinculados al Sistema Único de Salud (SUS) fue predominante. La experiencia en el programa resignifico para el profesional una forma de docencia. Los relatos permiten concluir que ser egresado del programa PPGENSAU generó dos tipos de impacto profesional: al atender de forma rigorosa (sea una pesquisa y/o otros proyectos de intervención) que materializa la forma de ser ligados al curso y el surgimiento de oportunidades de trabajo concretas y diferenciadas (tales como publicaciones, asenso de cargos de gestión o docencia). Importante destacar que este análisis permitió al colegio de profesores repensar la forma de aprendizaje de los estudiantes y constatar que su desenvolvimiento profesional subsecuente no ocurre por acaso.

Palabras clave: maestría profesional; evaluación de la educación; Sistema Único de Salud.

1. Introdução

cada coisa está em outra
de sua própria maneira
e de maneira distinta
de como está em si mesma
(Ferreira Gullar, Poema Sujo, 1975)

Os versos que abrem esta reflexão sugerem que ela seja entendida como uma busca de convergência de fundo político de dois níveis do pensar: o primeiro evidencia que na proposta do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU) está marcada a posição do coletivo de professores frente a um determinado modo sócio-técnico de compreender as políticas públicas de saúde para os profissionais que atuam na ponta; o segundo leva em conta a percepção discente de até que ponto aquela intencionalidade política do colegiado do programa está sendo alcançada.

Se, como diz Maturana (2002, p.31), "refletir é abandonar certezas, perder o que se acredita e abrir-se para a possibilidade do desconhecido", então analisar a(s) percepção(ões) discente(s) e/ou como o curso impactou nas dimensões do processo de trabalho, pessoal e profissional é pensar sobre as tensões existentes nas relações educação-poder-transformação que se desdobram no ato de educar. Assim, encontram-se indiretamente na percepção dos egressos elementos para avaliar o programa de mestrado profissional.

Na percepção de egressos (muito mais do que um exercício técnico-gestionário), se evidencia não só como percebem os desdobramentos que o ato de educar propõe (os dilemas éticos, políticos e epistêmicos), mas também de que modo o transitar na grade curricular permitiu ressignificar seu lugar no processo de trabalho e nas áreas em que atuam. Para tanto, é fundamental compreender como os sujeitos – discentes egressos – inseridos no processo de ensino-aprendizagem se comportam depois do período de formação.

A busca de compreensão de um curso da natureza do PPGENSAU não se esgota na avaliação de sala de aula das diferentes disciplinas, até porque o trabalho de formação de um profissional de excelência é resultado de um processo complexo, que inclui as disciplinas e as orientações de trabalho. Por isso, pode-se dizer que educar adultos implica realizar enquadramentos, classificações e questionamentos que, ao fim e ao cabo, permitirão àqueles que participam deste processo formativo agir segundo modelos capazes de sugerir/sustentar o pensar e/ou promover modificações na sua área de atuação.

Ouvir, observar, refletir, teorizar o que se vivenciou, oferece e constitui um campo específico da formação proposta e é o que se espera de um educador em saúde.

2. No retrospecto histórico: a lógica analítica e processual da avaliação

Com a proposta de oferecer subsídios teórico-conceituais, metodológicos, científicos e pedagógicos aos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), para que desenvolvam atividades de educação visando ao aprimoramento das práticas solidárias de atenção e de gestão em saúde, o PPGENSAU iniciou suas atividades em agosto de 2012, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS). Acolheu 20 estudantes em sua primeira turma, dos quais 19 concluíram o curso de mestrado dentro do período programado, no segundo semestre de 2014. Houve uma desistência logo após a realização da matrícula, no primeiro semestre do curso, o que impossibilitou a chamada de suplente.

O perfil do egresso do PPGENSAU da FAMED/UFRGS está relacionado com a inserção profissional dos candidatos, incluindo qualquer atuação em todos os níveis da atenção à saúde, vínculo direto no atendimento aos usuários do SUS, na administração e gerenciamento na esfera federal, estadual ou municipal do SUS, ou nas demais organizações de saúde vinculadas.

Vale destacar que o processo de seleção de ingressantes ao PPGENSAU levou em consideração a diversificação geográfica dos candidatos (alcance regional da capacitação aos profissionais); atuação em instituições e entidades de ensino relacionadas à área da saúde, direta ou indiretamente; diversidade na formação de graduação; propostas de estudo que demonstrassem maior potencial de impacto e intervenção nos serviços.

A organização curricular do curso foi construída com o objetivo de proporcionar formação sintonizada com as necessidades sociais, calcada na proposta de hierarquização das ações de saúde, considerando as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. Assim, o PPGENSAU tem a duração recomendada de dois anos (4 semestres letivos), com edições bianuais e currículo com atividades de ensino (8 disciplinas obrigatórias presenciais e recursos de ensino à distância) organizadas em sequência. A integralização dos estudos necessários ao programa é expressa em unidades de créditos, cada um correspondendo a 15 horas-aula. Com a conclusão do curso, o PPGENSAU confere a titulação de mestre em ensino na saúde - modalidade profissional.

Realizadas as defesas dos trabalhos de conclusão de curso das 19 mestrandas entre agosto e setembro de 2014, o PPGENSAU propôs-se analisar o perfil dessa primeira turma. Para tanto, dados foram coletados por meio de um questionário online semiestruturado, autoaplicável (questões abertas e fechadas), que contemplou as seguintes questões:

- informações sobre o perfil sociodemográfico;
- eventos nos quais os trabalhos (oficinas, seminários, etc.) tenham sido apresentados, identificando títulos e formato das produções;
- situações em que os produtos do mestrado tenham sido discutidos ou aplicados no seu ambiente profissional;
- destaque qualitativo do impacto do PPGENSAU na vida dos egressos (dimensões pessoal, profissional e acadêmica).

Chama-se a atenção para o fato de que este levantamento não se caracteriza como uma pesquisa, mas sim, como um documento avaliativo do programa. Todos as egressas que responderam ao questionário tiveram privacidade e sigilo de identificação garantidos.

3. Resultados para enunciar uma práxis pedagógica

A análise dos resultados, que parte das informações obtidas junto aos egressos do programa, aqui vai ser apresentada em dois níveis de leitura ou recorte analíticos, quantitativo e qualitativo, em função da sua intencionalidade pedagógica de articular dois modos de compreender uma dada realidade, que é também característica de um colegiado interdisciplinar.

A primeira leitura enfatiza e destaca nas informações indicadores quantitativos que permitem ao leitor compreender (quem são estas pessoas?) e organizar a percepção (avaliação sobre o programa) a partir de determinadas variáveis, a saber:

- impacto profissional
- impacto pessoal
- impacto acadêmico
- situações em que os produtos do mestrado tenham sido discutidos ou aplicados

A segunda leitura, faz um recorte mais qualitativo destacando que a representação da realidade pelas pessoas a partir da linguagem permite construir uma materialidade que atua como dispositivo de interpretação para explicitar um modo de agir e de pensar de determinado grupo, porque traduz um conjunto complexo de atitudes e intenções do sujeito que fala. "O sujeito diz, pensa que sabe o que diz, mas não tem acesso ou controle sobre o modo pelo qual os sentidos se constituem nele." (ORLANDI, 2003, p. 32).

3.1. No recorte quantitativo a representação da realidade: quem são estes egressos?

A primeira turma do PPGENSAU (2012-2014) foi composta de 19 alunas, todas mulheres, com idades entre 29 e 51 anos, com atuação profissional em saúde no estado do Rio Grande do Sul. Sua formação deu-se em nove cursos da área da saúde (enfermagem, odontologia, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional, psicologia e farmácia) e um curso da área da educação (pedagogia). A maior parte eram enfermeiras (n=8) e cirurgiãs-dentistas (n=3). O vínculo atual de trabalho em serviços vinculados ao SUS foi predominante (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil dos egressos da primeira turma do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012-2014.

SEXO	IDADE (ANOS)	GRADUAÇÃO	TRABALHO ATUAL	LOCAL DE ORIGEM
Feminino	37	Enfermagem	Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)	Porto Alegre, RS
Feminino	45	Medicina	Secretaria Municipal de Saúde / Atenção Primária à Saúde	Porto Alegre, RS
Feminino	37	Enfermagem	Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição	Porto Alegre, RS
Feminino	30	Enfermagem	Secretaria Municipal de Saúde	Porto Alegre, RS
Feminino	32	Odontologia	Secretaria Municipal de Saúde	Porto Alegre, RS
Feminino	51	Enfermagem	Hospital Municipal Presidente Vargas (HMPV)	Porto Alegre, RS
Feminino	47	Fisioterapia	Secretaria Municipal de Saúde / Coordenadora da Área Técnica de Atenção à Pessoa com Deficiência	Porto Alegre, RS
Feminino	51	Psicologia	Secretaria Municipal de Saúde	Porto Alegre, RS
Feminino	36	Enfermagem	Universidade do Vale dos Sinos RS (FEEVALE)	Novo Hamburgo, RS
Feminino	34	Terapia Ocupacional	Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição / Serviço de Saúde Mental e Saúde Comunitária	Porto Alegre, RS
Feminino	33	Pedagogia	Universidade Federal do RS (UFRGS) / Faculdade de Odontologia	Porto Alegre, RS
Feminino	30	Enfermagem	Secretaria Municipal de Saúde / Atenção Primária à Saúde	Porto Alegre, RS
Feminino	29	Serviço Social	Fundação Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA)	Itaqui, RS
Feminino	30	Enfermagem	Secretaria Municipal de Saúde	Bagé, RS
Feminino	38	Odontologia	Secretaria Municipal de Saúde / Atenção Primária à Saúde	Porto Alegre, RS
Feminino	34	Odontologia	Secretaria Municipal de Saúde / Atenção Primária à Saúde	Porto Alegre, RS
Feminino	35	Farmácia	Secretaria Municipal de Saúde / Assistência Farmacêutica	Bagé, RS
Feminino	36	Fonoaudiologia	Secretaria Municipal de Saúde	Canoas, RS
Feminino	32	Enfermagem	Secretaria Municipal de Saúde	Marau, RS

3.2. O que significou concluir e Ser certificado pelo PPGENSAU? As variáveis qualitativas no detalhamento

Impacto profissional

O maior número de impressões positivas acerca das mudanças advindas da obtenção do título de mestre em ensino na saúde e da trajetória pelo curso em si foram na atividade profissional. A qualificação e a possibilidade de melhorar o processo de trabalho foram ressaltadas explicitamente em dois depoimentos:

> Qualificou diretamente meu trabalho na saúde pública como cirurgiã-dentista, como preceptora de alunos e coordenadora de uma unidade. (Egressa PPGENSAU 15)

> Inúmeros foram os benefícios alcançados com a realização do mestrado, em diferentes aspectos. No entanto, penso que o fator mais relevante foi a possibilidade de estar melhorando meu processo de trabalho, visto que, houve uma inegável ampliação dos conhecimentos, o que possibilita o uso de novas estratégias e metodologias de ensino na prática, permitindo maior capacidade de reflexão e relacionamento colaborativo com os demais colegas e profissionais. (Egressa PPGENSAU 19)

Uma egressa enfatizou que o curso ampliou seu conhecimento, capacidades de argumentação e melhora do entendimento de colegas, pacientes e outras relações de trabalho.

> Na vida profissional, amplia o conhecimento, a responsabilidade e os argumentos na defesa de pontos de vista e formas de processos de trabalho, bem como melhora o entendimento das dificuldades/responsabilidades e potencialidades do outro (seja ele colega, paciente, gestor, fornecedor...). (Egressa PPGENSAU 16)

Além do aspecto da qualificação profissional, pelo menos uma egressa citou as possibilidades de articulação com a universidade e a perspectiva de experiências novas.

> O mestrado profissional veio preencher uma lacuna que eu considerava existir na minha formação profissional. O desafio de pensar e trabalhar qualitativamente com ensino, repensando algumas práticas do meu processo de trabalho e das equipes com as quais eu me relaciono tem sido importante para o meu desenvolvimento enquanto trabalhadora do SUS e também como pessoa. Acho que o mestrado também me trouxe outras possibilidades de articulação com a universidade, que tem enriquecido muito os processos estabelecidos na rede municipal de saúde. A vivência de um mestrado profissional me colocou frente a uma série de novos desafios cotidianos. Acho que foi uma etapa concluída, mas que certamente me instiga a abrir outras portas e buscar novas experiências. (Egressa PPGENSAU 5)

O título de mestre em ensino na saúde trouxe maior valorização no espaço de trabalho e também abriu possibilidade de progressão na carreira.

> Na dimensão profissional oportunizou progressão na carreira e valorização no espaço de trabalho que ocupo. (Egressa PPGENSAU 11)

A oportunidade de envolvimento com pesquisa foi especialmente valorizada por duas egressas:

> O impacto foi grande haja vista que ainda continuo envolvida com a pesquisa que iniciou no PPGENSAU. A oportunidade de trabalhar com o professor orientador abriu a possibilidade de participação nas discussões do laboratório de bioética. Houve reconhecimento no ambiente de trabalho por intervenções assertivas a partir da aplicação e validação do jogo o que consideramos ter sido uminvestimento feito pelo departamento. (Egressa PPGENSAU 1)

> O ganho também se deu pelo fato do treinamento em metodologias qualitativas que estão sendo muito utilizadas no meu setor. Agora estou podendo apoiar outrospesquisadores, além de colaborar com minha experiência discente deum mestrado profissional junto ao grupo do mestrado profissional em adições do Hospital [...]. Acompanho o grupo de pesquisa, seguimos com projetos e publicações em andamento. (Egressa PPGENSAU 2)

Outro aspecto relatado pelas egressas foi um impacto efetivo do mestrado em ensino na saúde quanto a oportunidades profissionais, tanto com a migração para funções mais ligadas à educação no seu ambiente de trabalho, como para atividades estritamente de docência.

> Após inscrição para atuar como educadora, estou aguardando o retorno da Escola de Gestão Pública da Prefeitura Municipal, a qual é responsável pelas atividades de Formação e Capacitação Profissional e Educação Continuada, contemplando todas as práticas relacionadas à aprendizagem no âmbito profissional (treinamento, desenvolvimento, qualificação, atualização, aperfeiçoamento, aprimoramento e educação). (Egressa PPGENSAU 1).

> Aposta dos gestores da Prefeitura na minha capacidade de ocupar o cargo estratégico de Assessorana área técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência, em atividades ligados de Educação e Ensino, bem como o reconhecimento dos colegas da vontade que eu possa colocar disseminar uma ferramenta que possa contribuir para melhoria das nossas relações nos processos de trabalho. (Egressa PPGENSAU 7)

> Oportunidade de atuar nas duas edições do Curso Introdutório da Estratégia Saúde da Família como tutora após seleção da UNASUS. [...] Aprovação da pesquisa do mestradoem edital de fomento à pesquisa da FAPERGS/PPSUS. (Egressa PPGENSAU 8)

> Após concluir o mestrado em setembro de 2014, participei de um processo seletivo para docente na universidade [...], no qual fui selecionada e hoje faço parte do corpo docente do curso de enfermagem e ministro a disciplina de saúde pública para turmas mistas formadas por alunos de todos os cursos da saúde (ciências biológicas, educação física, nutrição, fisioterapia, quiropraxia, farmácia, biomedicina, enfermagem). Também realizo supervisão de estágio de saúde pública para os alunos do curso de enfermagem. Hoje não estoumais atuando como enfermeira, mas sim sou professora e estou gostando muito desta nova atividade laboral. Também tive oportunidade de palestrar em conferências municipais de saúde. (Egressa PPGENSAU 9)

Somente uma das dezenove egressas não percebeu que o curso de pós-graduação possibilitou impacto profissional.

> [...] no quesito profissional nada foi alterado, pois a instituição na época do mestrado já não havia me liberado para as aulas, e após o término do curso nada mudou, tanto no meu cotidiano quanto economicamente (não tem plano de cargo, carreira e salário). (Egressa PPGENSAU 3)

Impacto pessoal

O impacto do PPGENSAU como propulsor de melhorias diversas no âmbito pessoal foi o segundo ponto destacado pelas egressas, que descreveram muitas facetas de mudanças consideradas positivas, tais como:

a) Ampliação do compartilhamento de experiências e suporte teórico-vivencial.

> Além das amizades e compartilhamento de vivências e experiências pelas diversas formações e inserções dos colegas nos serviços do SUS. (Egressa PPGENSAU 8)

> Ampliação de suportes teóricos e vivenciais para sustentação de caminhos e projetos a construir. (Egressa PPGENSAU 7)

b) Segurança para discutir o ensino na saúde.

> Na dimensão pessoal a conclusão do mestrado me proporcionou maior segurança para discutir e debater temas relacionados ao ensino na saúde. (Egressa PPGENSAU 11

c) Crescimento no âmbito da humanização.

> O Programa me qualificou, deu qualidade não somente a minha vida profissional, também pessoal, ampliou visões e conhecimentos. Deu condições para transformar meu trabalho além das paredes, me preparou para o trabalho coletivo, para o "olho no olho". Desconstruí muitos conceitos e me tornei uma profissional mais preparada e humana. (Egressa PPGENSAU 13)

d) Maior capacidade de olhar crítico.

> Pela diversidade de profissões e por envolver trabalhadores de diversas esferas, o olhar quanto às dificuldades, singularidades e potencialidades de cada setor e do todo ampliou muito. (Egressa PPGENSAU 16)

> [...] maior envolvimento com o tema pesquisado, olhar diferenciado e atento da gestão e colegas, melhor motivação para seguir. (Egressa PPGENSAU 18)

> [...] o conhecimento nos transforma. Aprendi muito durante os 2 anos de curso, e esta experiência tornou-me mais crítica. (Egressa PPGENSAU 3)

e) Evidências diversas de vida melhor.

> Minha vida mudou para melhor, tive um grande crescimento pessoal após a conclusão do mestrado, as mudanças ocorridas tiveram impacto direto na minha vida pessoal, pois tenho hoje a oportunidade de trabalhar em uma universidade. (Egressa PPGENSAU 9)

f) Aumento da autoestima.

> Pessoal: melhorou a autoestima. (Egressa PPGENSAU 15)

Impacto acadêmico

> O impacto do mestrado na inserção acadêmica foi notório entre as egressas, que apontaram desde a publicação de produção científica, o estímulo para seguir estudando, até a perspectiva de atuação docente.
>
> Na questão acadêmica conseguimos publicar um artigo. (Egressa PPGENSAU 3)
>
> Na dimensão acadêmica constitui estímulo para a continuidade dos estudos por meio do objetivo de ingressar no doutorado. (Egressa PPGENSAU 11)
>
> [...] pretendo seguir pesquisando o agir em competência e auxiliar as equipes realizando doutorado e tendo por meta a docência em saúde coletiva. (Egressa PPGENSAU 8)
>
> Pretendo me dedicar a realizar algumas publicações no decorrer do próximo semestre e para o ano de 2016 buscar o Doutorado. (Egressa PPGENSAU 9)
>
> [...] penso em seguir estudando e o que eu tenho como objetivo é publicar os dados de meu trabalho e seguir ao doutorado mesmo que mais adiante. O mestrado também plantou a "semente" de um futuro projeto de Docência. (Egressa PPGENSAU 13)
>
> Acadêmica: abriu possibilidades para a docência. (Egressa PPGENSAU 15)

Situações em que os produtos do mestrado tenham sido discutidos ou aplicados

Um dos objetivos precípuos do mestrado profissional é a produção de instrumentos efetivamente aplicáveis na rotina de trabalho das egressas. Logo, uma das questões avaliativas fundamentais, além do crescimento pessoal, profissional ou acadêmico, foi como os produtos do curso puderam ser testados na prática. Relatos importantes foram identificados, desde a discussão dos trabalhos em fóruns profissionais até a aplicação em situações reais do cotidiano da atenção à saúde.

> Tanto o propósito do trabalho, quanto vantagens e particularidades de cursos presenciais e à distância, os desafios que surgiram durante o trabalho e o resultado dele foram bastante discutidos com colegas de equipe de trabalho, de diversas profissões da atenção primária em saúde, incluindo também residentes multiprofissionais de saúde da família. (Egressa PPGENSAU 16)
>
> No diaadia do trabalho com os estagiários do 9º semestre da Faculdade de Odontologia [...] (Egressa PPGENSAU 15)
>
> O resultado do trabalho foi apresentado para o NUMESC do município, foi apresentado também para as equipes de Saúde da família [...] e serviu como parâmetro para o processo seletivo de agentes comunitários de saúde (ACS) [...], onde os candidatos ao cargo realizaram uma capacitação de 40 horas, a qual teve por objetivo explicar o funcionamento do SUS quanto rede de atenção à saúde, trabalho das equipes de saúde da família e as atribuições do agente comunitário de saúde e assim eles tiveram a oportunidade de saber sobre sua profissão antes de serem chamados para trabalhar; após a seleção os ACS estão constantemente em processo de formação e educação permanente para assim sentirem-

se acolhidos e qualificados para sua atividade diárias. O trabalho também é utilizado em sala de aula para dar exemplo de atenção primária na disciplina de saúde pública. (Egressa PPGENSAU 9)

O perfil do estudante de Odontologia foi discutido/apresentado na Semana Acadêmica do Curso de Odontologia de 2014, juntamente com a professora orientadora em um curso de curta duração para estudantes da Faculdade de Odontologia. O trabalho de acompanhamento dos estudantes do curso noturno de Odontologia, desenvolvido enquanto Técnica em Assuntos Educacionais, foi apresentado no I Salão da Escola de Desenvolvimento da Universidade - Salão UFRGS 2014, sendo comentado por outros colegas da Universidade que fazem acompanhamento de estudantes, e recebeu destaque de sessão. (Egressa PPGENSAU 11)

Os resultados do trabalho têm sido utilizados no meu dia-a-dia profissional, uma vez que tem servido para repensar e redirecionar os processos de educação permanente das equipes de saúde bucal do município de Porto Alegre. (Egressa PPGENSAU 5)

[...] discutido com a equipe de trabalho do ambulatório do Centro de Reabilitação. Discutido com parte da equipe da Coordenação Geral da Atenção Primária e Serviços Substitutivos. Oportunizado como dinâmica no Seminário de Avaliação do ano de 2014 das áreas técnicas. Segue sendo aplicado do grupo de intervenção de pacientes. Outra Gerência solicitou a contribuição da pesquisa em sua região, mas não tive agenda que compatibilizasse apresentar o trabalho. Assuntos de pesquisa relacionados a esta temática, sou consultada a dar o parecer. A criação da nova área técnica de doenças e agravos não transmissíveis tem solicitado apoio na discussão do autocuidado. (Egressa PPGENSAU 7)

O trabalho foi validado em março de 2015, e novamente avaliado em junho de 2015. Ambas a situação de avaliação a aplicabilidade do jogo no grupo de pacientes internados auxiliou a equipe no diagnóstico do perfil de pacientes internados. O auxilio confere a identificação do modelo moral das pessoas para a tomada de decisão. Este modelo é identificado a partir do debate promovido pelo jogo de cartas e sugere um plano de cuidados desenhado para as necessidades singulares sejam elas mudança no estilo de vida, redução dos conflitos domésticos, atos violentos, condutas antissociais associadas ao uso, dentre outros. Assim como se presta para a detecção de funcionamento antissocial em grupo que estejam causando prejuízo ao tratamento. A identificação e o debate de dilemas e conflitos do dia a dia são altamente relevantes na dependência química aja vista que o modelo de tratamento deve contrapor ou fortalecer determinados marcadores de conduta. Podendo atender ou não as necessidades das pessoas, respeitando as normativas de vida com a finalidade de promover a adesão prolongada aos serviços de saúde do usuário de substâncias, que sabidamente adere pouco a tratamentos a longo prazo. (Egressa PPGENSAU 1)

3.3. O recorte qualitativo: quando o mesmo se apresenta de outra forma

As variáveis analisadas que foram, num primeiro momento, feitas na perspectiva quantitativa, agora se apresentam e são discutidas sob outra modelagem: dimensão acadêmica, dimensão pessoal e dimensão profissional.

O fato de se apresentarem sob uma outra modelagem diz respeito à interpretação que de uma parte é de responsabilidade do analista e de outra deriva, segundo os preceitos da análise do discurso, da sustentação lógica que entende que a interpretação faz parte do objeto da análise e que é preciso compreender que não há descrição de uma dada realidade sem interpretação; isto é, o próprio analista está envolvido na interpretação.

Dito de outra maneira, uma análise nunca ou nem sempre é igual a outra, até porque quem analisa

mobiliza conceitos diversos de acordo com os instrumentos teóricos dos campos disciplinares de que partiu e, em função disso, pode mobilizar outros referenciais do leitor.
No caso desta seção (o recorte sociológico), insinua que as percepções dos sujeitos entrevistados se apresentam como consensos provisórios. Assim, compreender é saber como um objeto simbólico (enunciado, fala do entrevistado) produz sentido. A análise, então, procura explicitar os processos de significação presentes no texto (fala das egressas), compreendendo como os sentidos se constituem. Por isso, se faz necessário apresentar como a análise foi construída, isto é, de que pressupostos conceituais ela foi centrada:

a) na percepção da realidade das egressas só é possível a partir dos outros em que o "si mesmo" está incluído, ou seja, implica na comparação das fala ou das percepções;

b) na mudança das condutas habituais propostas pelo agir técnico das egressas está a efetividade de uma proposta de formação; e

c) no reconhecimento desta mudança (diversidade no fazer) é possível destacar as dimensões mais significativas da proposta de pós-graduação: trabalho diferenciado, educação do outro como estratégia de mudança e respeito ao outro.

As percepções do grupo de egressas, muito mais do que respostas, se apresentam como o artifício lógico para levar o sujeito falante ou o leitor: **(a)** a se indagar sobre o que produz e o que ouve, **(b)** mostrar que não há neutralidade e **(c)** saber que uma resposta é irremediável e permanente explicitar que estamos comprometidos com os sentidos e o político.
As respostas muito mais do que "dar voz", permitem "escutar o outro". Significam que os diversos sujeitos ao expressarem sua compreensão apontam para aqueles elementos mais importantes: suas necessidades e demandas. Não basta, porém, que se expressem modos de ser, é preciso que estes sejam rediscutidos para a concretização do "reconhecimento" que uma proposta de formação pode ser e é o papel político daquele que, discente ou docente, tem na educação na saúde, para a saúde, sua razão de ser profissional.
As respostas e seus adjetivos cumprem um papel: mostrar a condição dos sujeitos/apreendentes, enquanto portadores de conhecimento/informação. As citações transcritas na seção anterior podem e devem ser entendidas como "recortes" que não comprometem a leitura, porque ao fim e ao cabo se percebe neles um compromisso daquele que fala e na sua fala uma escolha cuidadosa onde cada autor (discente egresso do curso de mestrado que responde) expõe aquilo que aconteceu e como sujeito apreendente.

4. Considerações inclusas, mas significativas de uma proposta de avaliação

Estudando os depoimentos de como as alunas egressas percebem o resultado do processo formativo proposto pelo PPGENSAU, considera-se que:

1. A experiência do/no programa ressignificou o fazer profissional discente e a proposta de formação interdisciplinar não é apenas uma estratégia pedagógica possível na universidade, mas a correlação necessária para dar outro sentido do modus operandi na área de saúde. Nesse sentido, o caráter político do fazer coletivo dos professores que atuam em diferentes áreas de conhecimento rompe com a lógica da onipotência técnica daquele que age individualmente. Isso se passou na formação proposta e está materializado na estrutura curricular.

2. A proposta docente do PPGENSAU como processo plural introduz uma ideia de formação na qual o possível trabalhar em equipe não é apenas alguma coisa sentida ou percebida subjetivamente por aquele

que participa, mas sobretudo se apresenta no transcorrer do curso e está inscrita no agir e pensar dos sujeitos aprendentes.

3. A implementação de uma proposta deste tipo tem como orientação uma concepção de trabalho que não só prioriza o reconhecimento individual, mas também qualifica a diversidade que é característica marcante do coletivo de origem dos indivíduos que participam do processo de ensino-aprendizagem.

4. Evidenciou-se nos relatos que as experiências discentes dos egressos propiciaram dois níveis de atuação depois do curso: (a) o agir de forma rigorosa (seja na pesquisa e/ou outros projetos de intervenção), que materializa modos de ser apreendidos no curso, e (b) o surgimento de propostas de trabalho concreto e diferenciadas (publicações, assunção de cargos de gestor, docência, etc.).

Para finalizar, a leitura transversal das informações nas suas dimensões quantitativas ou qualitativas evidencia que a experiência discente, materializada nos depoimentos, aponta para uma efetividade do aprendizado tanto ao nível individual como coletivo e explicita que a proposta do PPGENSAU permite após a sua conclusão a promoção de um trabalho consciente e criativo. Permite, também, dizer que o fazer pedagógico não-instrumental do curso remete a um fazer político, com o rigorismo na construção das informações e no compromisso com a saúde, especialmente quando se pensa a saúde pública, que aponta para uma direção diversa do que costuma ser proposto nos espaços de capacitação de adultos no âmbito da universidade.

Referências

ARROYO, M. G. Ciclos de desenvolvimento humano e formação de educadores. **Educação e sociedade**, Campinas, n. 68, p. 143-162, 1999.

LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**. n. 19, p. 20-28, jan./fev./mar./abr., 2002.

MATURANA, H. **Emoções e Linguagem na Educação e na Política**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 5. ed. Campinas: Pontes, 2003.

PERRENOUD, P. **Pedagogia diferenciada: das intenções à ação**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

REUTER, Y. **A análise da narrativa: o texto, a ficção e a narração**. Rio de Janeiro: Difel, 2002.

Ensaio

Trabalho humanizado x desrespeito, crueldade e negligência: um caso em hospital psiquiátrico de Porto Alegre

Carmen Lucia Bezerra Machado[1]
Paulo Peixoto de Albuquerque[2]

Resumo

Anúncios trazem inquietudes e abrem portas para conhecimentos subjacentes ao SUS e à humanização proposta como política pública no caso particular da saúde mental (2001) e do trabalho humanizado (2008), particularmente no município de Porto Alegre. Pela metodologia dialógica mediante o registro sistemático de memórias de integrantes do PPGEnSau, compartilhadas em sala de aula, visando dar visibilidade e *dizibilidade*, e promover: - a apreensão dos processos de trabalho e de formação para o ensino na saúde; - a reflexão acerca dos entendimentos, impasses, queixas, mudanças, possibilidades e impossibilidades, do atendimento no trabalho em saúde mental; e, - o acompanhamento, análise e discussão de narrativa de familiares de um trabalhador da saúde. Problematizando os caminhos propostos, os ajustes necessários e os estranhamentos emergentes frente aos documentos e sites oficiais disponíveis na rede informatizada, emerge a condição de trabalhadores e trabalhadoras a quem cabe ampliar possibilidades, lidar com as diversidades, produzir autonomia, valorizar os sujeitos, enfim, entender o processo de criação, experienciação na condição de racionalização, precarização e terceirização do trabalho. Antonio Gramsci sustenta as reflexões sobre as condições materiais para a consecução e a compreensão dos processos de trabalho humanizado com vistas à produção de novas ferramentas. Tornar as falas/discursos e o texto legal num "*quefazer*" e em práticas capazes de atender/efetivar ao preconizado, no contexto econômico social e político brasileiro, é o desafio. O atendimento que culpabiliza evidencia desrespeito, crueldade e negligência para com o corpo e a mente de trabalhadores da área da saúde, da saúde mental, pacientes e cidadãos envolvidos. Encerrando o texto e permanecendo em diálogo entre a necessidade e o produtivismo, entre corpo e mente, o individual e o coletivo, o profissional e o trabalho coletivizado, o privado e o público, emergem saberes que compõe a formação do Ensino na Saúde. Recria-se o humano.

1 Professora Titular de Sociologia da Educação, DEBAS/FACED/PPGEDU e PPGENSAU/UFRGS.
2 Professor Associado de Sociologia da Educação, DEBAS/FACED e PPGENSAU/UFRGS.

Anúncios

Édipo e a Esfinge às portas de Tebas:
"Decifra-me ou te devoro!"

Trabalhar em educação e saúde tem se constituído em algo desafiador que traz diferentes inquietudes e simultaneamente abre portas para conhecimentos a serem explorados. Aos trabalhadores e às trabalhadoras cabe ampliar possibilidades, lidar com as diversidades, produzir autonomia, valorizar os sujeitos, enfim, entender o processo de criação, experienciação[3] (MACHADO, 2010) e progressão nos espaços em que trabalham. O confronto entre os projetos, programas e políticas públicas de humanização (PINHEIRO et al., 2014) e as condições materiais para a consecução requer a compreensão dos processos em curso com vistas a produção de novas ferramentas para que transformações ocorram, para que sejam capazes de tornar as falas / discursos e o texto legal em um "que fazer" e em práticas capazes de atender / efetivar ao preconizado.

O SUS e a humanização

As relações de produção social se materializam em uma dada formação histórica e social, e se apresentam como uma coisa social. Os trabalhadores da saúde como os da educação são a parte da sociedade que se responsabiliza pela formação e manutenção de um produto determinado, "a força de trabalho viva e às condições de atividade exatamente dessa força de trabalho" (Marx, 1985, 269) apropriado pelo capital. As particularidades das diferentes profissões e o trabalho concreto dos profissionais, dada a divisão técnica e social do trabalho, aparecem mecanicamente como se este fosse uma escolha isolada e individual e, mesmo quando abordado como processo de trabalho, tende a ser visto como um sujeito individual em ação. O processo de trabalho fica reduzido ao conjunto de operações a ser realizado pelo profissional, em sua especialidade (PUSTAI, 2006), segundo os preceitos e protocolos vigentes no momento, abordado de modo geral como qualquer outro trabalho e abstraído das relações sociais e de propriedade nas quais é realizado. Não aparecem as necessárias implicações nas esferas da produção e circulação dos produtos, dos valores, na extração da mais-valia. Enfim, analisar a saúde como questão individual ou de uma profissão implica em uma visão fragmentada do Sistema Único de Saúde / SUS.
Aprovado em Lei 8080/90 (BRASIL, 1990) o SUS, construção coletiva, estabelece os princípios da universalidade, acessibilidade, equidade, participação social e integralidade, e pressupõe legal e materialmente o conceito de saúde pública para que os profissionais e, consequentemente, a população beneficiária de seus serviços, envolvam-se na discussão qualificada do financiamento, das formas de gestão, dos modelos de atenção e de organização dos serviços, dos canais de participação da comunidade, dos trabalhadores e da ciência e tecnologia adequada e necessária. Ainda, pressupõe formas correspondentes de ensino tradicional e ou participativo, como formação inicial e permanente e de pesquisa (KASPER, 2006), na área de conhecimento da saúde coletiva.

Portanto, propiciar uma formação contextualizada no campo da saúde pública de modo a avançar no processo de oferta de atenção qualificada em educação e saúde integra a ênfase do PPGENSau (http://www.ufrgs.br/ppgensinosaude/) como possibilidade de consolidação do SUS e formação destes profissionais, pautado pela busca de conhecimentos frente às Políticas Nacionais de Saúde, ao

3 A experienci-ação, entendida aqui como o fazer de intelectuais (todos os humanos), que no modo como produzem a susbsistência e a riqueza, não apenas em sua dimensão econômica, mas nas relações sociais e políticas, fazem história e se alimentam neste fazer, neste fazer-fazendo, e fazer-dizendo, em permanente transformação. Nas relações educativas, não isoladas das demais relações sociais em sua concretude histórica, há o processo, precisamente o processo de seus atos, na busca de responder: quem somos, nas condições dos limites das próprias vidas, precisamente nas condições dadas, hoje, pela vida e não por uma vida qualquer ou de um ser humano qualquer. Humildade, rigor, alegria, ser por inteiro ou na inteireza do ser, que se sabe inacabado, que não se omite. Com delicadeza e sabedoria, compõe a sustentação para experienci-ação no processo histórico que erra e se recria em incessante busca. (MACHADO, 2010, p. 24)

mesmo tempo em que vai construindo práticas educativas e exercícios pedagógicos alicerçados nos dados da realidade da saúde coletiva brasileira.

A Política Nacional de Humanização (PNH) desde 2008 depara-se com a permanente necessidade de aplicar / implementar / colocar em prática / executar / o preconizado na legislação e normatizações em todas as instâncias do SUS e particularmente nos demais Ações, Programas, Projetos e Redes propostas para a área como: PSM, RUE, Rede Cegonha, DST/AIDS, Provab[4], Academia da Saúde[5], Saúde da Família[6], Mais Médicos[7], Melhor em Casa[8], Farmácia Popular[9], Cartão Nacional de Saúde[10], Pronto Atendimento[11], HumanizaSUS[12], PNAN[13], Doação de Órgãos[14], SAMU[15], Programas de Controle do Câncer[16], QualiSUS-Rede[17], Controle do Tabagismo[18], Bancos de Leite Humano[19], Projeto Expande[20]. (BRASIL, MS, 2016)

A saúde mental e trabalho humanizado no município

Afirma MACHADO (2014, p. 56-57) o "apoio institucional como um potencializador de modos de operar" na busca para o cumprimento dos princípios da integralidade da atenção aos usuários e como "um reconhecimento do trabalhador em saúde, no entanto, vivenciando a prática diária dos apoiadores, os atravessamentos aparecem e muitas vezes se põe como obstáculos difíceis de serem superados. O primeiro deles é a frequente modificação sofrida pelos grupos com entradas e saídas de pessoas sem que se aprofunde o entendimento desses acontecimentos; outro obstáculo é a visão que os trabalhadores têm dos apoiadores, que mesmo se colocando como mediadores acabam por assumir uma posição verticalizada

4 O programa amplia a assistência aos usuários do SUS com dificuldades para acessar serviços, reduzindo as desigualdades regionais relacionadas à presença e permanência de profissionais de saúde.

5 Programa Academia da Saúde estimula a criação de espaços públicos à prática de atividade física e o lazer contribuindo com a promoção da saúde da população.

6 Programa Saúde da Família visa a manter a saúde e prevenir doenças

7 Programa Mais Médicos integra pacto de melhorias no atendimento aos usuários do SUS. Convoca profissionais para atuarem na Atenção Básica de municípios com maior vulnerabilidade social e DSEIs.

8 Programa amplia o atendimento domiciliar aos brasileiros no SUS, oferecendo, aos pacientes da rede pública de saúde, um serviço humanizado e acolhedor.

9 Programa criado para ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais, vendidos a preços mais baixos que os praticados no mercado.

10 Cartão Nacional de Saúde possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados.

11 O Pronto Atendimento (UPA 24h) estrutura de complexidade intermediária, entre as UBS e as portas de urgência hospitalares, compondo rede organizada de Atenção às Urgências.

12 Política Nacional de Humanização aposta em estratégias construídas por gestores, trabalhadores e usuários do SUS para qualificar a atenção e gestão.

13 Política Nacional de Alimentação e Nutrição visa a garantir a qualidade dos alimentos disponíveis, promover práticas alimentares saudáveis e prevenir e controlar distúrbios nutricionais.

14 Doação de Órgãos visa a conscientizar a população sobre a doação de órgãos.

15 Presta socorro à população com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência.

16 Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama oferecem subsídios para o avanço do planejamento das ações de controle desses tipos de câncer, no contexto da atenção integral à saúde da mulher no Brasil, desde 2006.

17 Projeto QualiSUS-Rede estratégia de apoio à organização de redes de atenção à saúde. Objetiva contribuir, no âmbito do SUS, para a qualificação da atenção, gestão em saúde e gestão e desenvolvimento de tecnologias, organizando redes regionais e temáticas de atenção à saúde e a qualificação do cuidado em saúde.

18 Programa de Controle do Tabagismo no Brasil visa prevenir doenças e reduzir a incidência do câncer e de outras doenças relacionadas ao tabaco, por meio de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

19 A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano promove a expansão quantitativa e qualitativa dos bancos de Leite Humano no Brasil, mediante integração e construção de parcerias entre órgãos federais, iniciativa privada e sociedade.

20 Projeto Expande objetiva estruturar a integração da assistência oncológica no Brasil, a fim de obter um padrão de alta qualidade na cobertura da população.

em relação às equipes o que provocam afastamento entre gestores e "produtores da saúde".
As questões do humano fazer em saúde exigem estruturas mínimas a serem seguidas, espaço e ações de educação permanente para o aprendizado de um "quefazer", baseado nas práticas vigentes, na valorização dos sujeitos do processo, e em condições de trabalho e de atendimento.
Dentre as necessidades do setor, o atendimento do serviço hospitalar em saúde mental, originou pesquisas. Uma delas se deu durante a busca por tratamento por parte de quem se propôs a debater e a pensar além dos problemas causados pelo uso de Substância Psico Ativas (SPS), os éticos e morais. O lúdico por meio de construção de jogo de cartas, dados os parâmetros morais do grupo e seus referencias éticos de vida, permitiu destacar problemas, para além dos advindos da convivência na internação: a difícil relação com figuras de autoridade, preconceitos de gênero, percepção de naturalização do crime e a baixa empatia nas relações com outras pessoas (CALIXTO, 2014, p.56-57).
Ao compreender a racionalização, precarização e a terceirização da produção e do trabalho, nas potencialidades para o desenvolvimento de uma nova sociabilidade ou da formação do novo homem, se reconhece na instauração de novas técnicas de trabalho, uma unidade que não pode ser separada da forma como os homens conduzem sua vida, em todos os seus aspectos. Pensar a formação desse novo homem, hoje, em 2016, envolve refletir sobre a questão da potencialidade de generalização da forma de organização da sociedade e particularmente em Porto Alegre, nos espaços para tratamento em Saúde Mental.
Em Porto Alegre os leitos disponíveis, segundo dados do SIMERS e do DATA SUS, para o ano de 2008, eram:

> *Hospital Espírita - 200 para psicóticos; Hospital Parque Belém - 22 para dependentes químicos; Hospital São Pedro -130 + 25 para dependentes químicos; Hospital Presidente Vargas – 24; Hospital Vila Nova - 24 para dependentes químicos e 39 para alcoólatras; Hospital São Lucas – seis; Hospital de Clínicas – 26; Hospital Conceição – oito; Santa Casa – oito; Hospital da Criança Santo Antônio – seis. (PICCININI, 2008)*

Identificar os elementos da configuração da produção da vida material que para além do taylorismo, fordismo e toyotismo, e dada a recente reestruturação dos processos de trabalho onde mais do que "alguns gérmens para uma nova civilização, cuja raiz seria o próprio homem" (GRAMSCI, 2001), depara-se o trabalhador em saúde, bem como o usuário do SUS com caminhos que se delineiam em diversas dimensões. Na dimensão política – o consenso, na econômica – os novos métodos de trabalho/tecnologia, e no cultural, uma nova ética social, estão presentes. Questões em que a vida de todos e todas e de cada ser em particular esteja envolvida: ambições, anseios, afetos põe em jogo a felicidade, a liberdade, a sobrevivência, quer como indivíduos, quer como espécie.
No ambiente da saúde mental, a precarização do trabalho se mostra como individualização de responsabilidades, *pela inexistência de responsabilidade coletiva no trabalho, […] dificuldade de incorporação dos diferentes saberes às práticas de saúde, desorganização no proceso de trabalho que remete à desarticulação entre e com outros serviços (BORSARI e ROSA, 2014).*
Por outro lado, há um esforço sistemático dos trabalhadores desta área para incluir outras modalidades de cuidado ao portador de sofrimento psíquico. No entanto, prática e concretamente o uso do psicofármaco persiste como tratamento hegemônico em saúde mental. Segundo o Dr. Sérgio Noll Louzada a Emergência Psiquiátrica no SUS é o termômetro da eficiência em saúde, e criticando o modelo proposto pelo MS, pontua como consequência da Política de Saúde Mental: *Negligência e Abandono. Superlotação das Emergências Psiquiátricas. Sucateamento do Hospital Psiquiátrico. Pacientes Acorrentados. Crackolândias.*
As sugestões apresentadas pelo autor centram-se na *criação da especialidade de Emergencista* e as decorrentes necessidades de formação, valorização e reconhecimento da Equipe multidisciplinar em todos os níveis, além da *Revisão dos objetivos da chamada "Reforma Psiquiátrica" adotada pelo Ministério da Saúde. - Diretrizes para padronização de condutas.- Definição do número de atendimentos/pacientes (N pacientes).* O isolamento deste tipo de atendimento hospitalar permanece inquestionado.

"Quando o trabalho gera dor e sofrimento"[21], a racionalização do mesmo, defronta-se com potencialidades para o desenvolvimento de uma nova sociabilidade ou da formação do trabalhador e da trabalhadora. Exige e leva a entender que "os novos métodos de trabalho são indissociáveis de um determinado modo de viver, de pensar e de sentir a vida; não é possível obter êxito num campo sem obter resultados tangíveis no outro" (GRAMSCI, 2001, p. 265/266).

A terceirização atualmente integra as políticas públicas de saúde em todos os níveis federativos. Em Porto Alegre uma Fundação (FUGAST) contrata trabalhadores por tempo determinado, e no Rio Grande do Sul ocorre o mesmo, como pode ser observado nas decisões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado do Rio Grande do Sul. Inúmeros são as manifestações populares e de movimentos sociais junto às Comissões, Nacional nos exemplos: Estadual (Conselho Nacional de Saúde em 28 de janeiro de 2011) e Municipal (Conselho Municipal de Fisioterapia) como manifestações contrárias às Fundações. Mas, permanecem vigentes. Neste sentido, o mesmo trabalho é realizado, num mesmo local por trabalhadores/profissões com contratos diferenciados, salários e condições de trabalho também diferentes.

Pensar a formação desse novo homem e nova mulher para atuarem na área da saúde mental envolve situar o debate em torno da questão da potencialidade de generalização de outra forma de organização da sociedade. A capacidade de difusão se concretiza "somente por meio de uma combinação entre coação (autodisciplina) e persuasão, sob a forma também de altos salários, isto é, da possibilidade de um melhor padrão de vida adequado aos novos modos de produção e de trabalho que exigem um particular dispêndio e energia musculares e nervosas" (GRAMSCI, 2001, 275). Nas formas terceirizadas de contratação, os "altos salários" inexistem formalmente. Apenas nas formas distorcidas tornam-se possíveis. Redução de carga horária de trabalho ou correspondência entre salário e número de atendimentos (SILVA, 2005), são procedimentos que persistem nas últimas décadas.

O trabalho como forma de criar o novo homem enfrenta as exigências que o processo de trabalho traz, seguida das consequências para a vida social dos trabalhadores. Os cidadãos atendidos por estes trabalhadores e trabalhadoras na saúde mental igualmente sofrem estas consequências.

O caminho percorrido para conhecer o trabalho humanizado em saúde mental - Porto Alegre

A proposição metodológica para a construção deste artigo se sustenta no registro sistemático de memórias de integrantes do PPGEnSau, compartilhadas em sala de aula, visando dar visibilidade e *dizibilidade* ao que é possível mostrar e dizer por profissionais da saúde, na Região Sul. As práticas dialógicas (FREIRE, 2006) validam as situações relatadas e compartilhadas com as finalidades de promover:

1) a apreensão dos processos de trabalho e de formação para o ensino na saúde;

2) a reflexão acerca dos entendimentos, impasses, queixas, mudanças, possibilidades e impossibilidades, do atendimento ao usuário e do trabalho em saúde mental; e,

3) o acompanhamento, análise e discussão da narrativa de familiares de um caso, problematizando os caminhos propostos, os ajustes necessários e os estranhamentos emergentes. A memória coletiva aqui apresentada é documento suleador para dizer e dar visibilidade às condições da saúde de trabalhadores e de "usuários" do atendimento em saúde mental pelo SUS, em diálogo com os documentos oficiais e com os informes das categorias profissionais disponíveis na rede informatizada.

Visibilidade e dizibilidade do trabalho em saúde no contexto da proposta de humanização exige o

21 Expressão utilizada por Paulo ALBUQUERQUE em estudo sobre os trabalhadores do setor avícola no Rio Grande do Sul em 2010, in: www.extraclasse.org.br/edicoes/2010/05/quando-o-trabalho-gera-dor-e-sofrimento/

atendimento dos preceitos éticos na pesquisa com seres humanos (Resolução 466/2012) e neste caso, conta com a concordância dos participantes (familiares de paciente em atendimento em Saúde Mental em Porto Alegre, no ano de 2016) que entregam para esta finalidade a narrativa utilizada como dado empírico, na esteira do Projeto Interdisciplinar Educação e Saúde, sob a coordenação do Professor Waldomiro Carlos Manfroi.

Os nomes utilizados no texto, tanto do trabalhador da saúde, assim como das unidades e instituições hospitalares, são fictícios ou não estão nominadas no intuito de impossibilitar a identificação dos mesmos.

Procura de tratamento: a narrativa de familiares

Abaixo transcreve-se a narrativa recebida de familiares e acrescida de informações complementares em notas de roda pé ou entre parenteses.

> Procuramos tratamento. Encontramos o desrespeito, a negligência e a crueldade.
> Paciente André[22] encaminhado atenciosamente de Plantão de Atendimento – Emergência, para internação em manicômio, foi designado pelo Hospital Z (Mestrado Profissional de Epidemiologia[23]) para ser atendido por profissional em período de gozo de merecidas férias, no dia 05 de fevereiro de 2016. Realizada entrevista de cerca de 5 min. com o familiar por plantonista, André fica internado.
> Cuidamos de André até este momento procurando respeitar sua vontade dentro do limite mais longo que somos capazes de suportar. Estamos em busca de tratamento muito mais do que de contenção. É sua estreia em internação hospitalar com mais de 40 anos. Por tratar-se de período de carnaval o agendamento da entrevista com familiar somente ocorre no dia 08/02 e fica marcada para o dia 16.
> Os técnicos, recepcionistas, nutricionistas, auxiliares são atenciosos e corteses no atendimento com todos.
> A higiene para o ambiente dos pacientes internados pelo SUS deixa a desejar. (Não conhecemos os demais ambientes.) O cheiro do resíduo humano líquido é uma constante. Cada quarto abriga 8 ou mais pacientes.
> No dia 12 à noite a família é informada que a entrevista está adiada para o dia 23, somente 18 dias após a baixa de uma primeira internação do paciente em busca de atendimento, de uma hipótese diagnóstica.
> A observação do paciente nos dias de visita (sábado 13 e domingo 14) mostra aos familiares que o mesmo não está medicado.
> Na manhã do dia 15 familiares procuram obter alguma orientação sobre a situação e disponibilizam um dossiê de 3 páginas com o histórico de vida do paciente. São recebidos pelo Assistente Social que ouve atentamente a solicitação, comunica ao "corpo de enfermagem" que "o paciente é manipulador" e informa que será anotado na ficha do mesmo para que a administração da medicação seja supervisionada. Diz ainda que maiores detalhes devem ser obtidos com a outra Assistente Social que é quem trabalha no setor, no turno da tarde. Tentativa telefônica frustra o contato.
> No dia seguinte, nova tentativa de obter informação. Ocorre pelo contato com a Assistente Social e com o Enfermeiro do setor, que escutam a solicitação, tentam reagendar pelo telefone interno o encontro com o Médico de Plantão, o que é negado pelo responsável do setor. Não sabem e não podem dizer nada sobre o paciente. Mais, informam que tem muitos outros setores para atender, pois "estamos em período de férias".
> Afirmamos como pais que a vida de nosso filho está nas mãos destes profissionais e que o

22 Nome fictício

23 Letra utilizada como identificação da Unidade Hospitalar. Dissertação mostra o modo como são distribuídas as internações em Porto Alegre nos espaços disponíveis. MOTA, Lizia Maria Meirelles. Internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre e determinantes de sua distribuição espacial. Porto Alegre, FAMED/ UFRGS, 2009. Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luiz Bassanesi Co-orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa.

dossie, entregue em confiança, pode ser lido pelos profissionais que vão atendê-lo, mas não pode chegar às mãos do paciente, sem autorização e/ou a presença dos familiares.
Ele precisa de tratamento e não de ficar em depósito. Inexiste relação médico-paciente-família. Para qualquer cidadão, e, particularmente para um pai e uma mãe, isto é o suficiente para que a instituição de saúde perca a credibilidade.
A legislação (Lei nº 10.216/2001) que assegura os direitos à atendimento em saúde mental e aos familiares de paciente, parecem destinar-se exclusivamente aos pacientes particulares e conveniados, ou ao texto legal.
A interpretação do profissional se restringe a oferecer a visita no pátio.
Não se trata de estabelecer o local de visitação e sim: - do direito de acesso à informação sobre a saúde do familiar, - conhecer qual a hipótese diagnóstica, - que tipo de tratamento está sendo ministrado, - qual a medicação em uso. Qual a melhor conduta durante a visita? A visita de outras pessoas é permitida ou recomendada? Qual é a orientação para os familiares? Nada é informado. A "entrevista com o médico responsável é impossível. Vai ocorrer apenas no dia 23 de fevereiro".
No dia 17, pela primeira vez encontramos nosso filho medicado. Sorriso no rosto e conversando normalmente. A primeira frase: "Estão me tratando como criança. Agora tenho que tomar o remédio e mostrar os dentes, porque 'os familiares avisaram que não quero tomar remédio'."
Saímos da visita com as mesmas dúvidas com que chegamos. O Enfermeiro do setor observa a visita e a relação pais-filho. Nada comenta. Nada informa. As dúvidas permanecem. Nenhuma orientação.
Retornamos no dia 18. Somos persistentes. Agradecemos ao Enfermeiro de Plantão o fato de André estar medicado. Agora não é mais um integrante da família que está doente. São três os doentes.
A sensação é a da impossibilidade. Buscamos auxílio de outros profissionais para nos atender. Respostas encontradas: "Confia na instituição", "Busca por todos os meios deslocar para outro ambiente", "Aguarda a consulta", "Entra na Justiça". Cada um dos serviços buscados informa que "não existe prontuário do paciente nesta UBS" ou "não é este o local onde deve ser atendido", ou "o paciente não apresenta o perfil para participar deste Programa" ou "setor", ou "sua ficha deve ter retornado à UBS".
Pacientemente decidimos aguardar até a consulta. Chegamos para a visita no sábado, dia 20. Mais uma decepção. André viu a carta, reconheceu as assinaturas e leu algumas das palavras com o documento nas mãos do profissional (continuamos sem saber quem é...) que o atende.
Confiança foi quebrada. Vivemos em sociedade e costumamos lidar com confiança frente aos profissionais e esperávamos ter a mesma confiança da instituição que se propõe a atender pacientes com doença mental.
Mais, uma instituição que atende pacientes com dinheiro público. O público é de todos os que regularmente pagam impostos. Como cidadãos sentimo-nos roubados. Roubada a confiança. Certamente, ingenuidade esperar que um documento possa ser entregue em confiança.
Aprendemos rápido. A instituição ensina que não podemos nela confiar. Ao invés de acolhimento, esclarecimento e colaboração encontramos a desconfiança, o desrespeito.
Dia 23 chegamos para a entrevista e a primeira observação da profissional é que não gosta de cartas. Ora, tivéssemos tido alguma informação não teria sido necessária a escrita do dossiê. Mas, esta é outra história. É a vida de nosso filho que está em jogo neste local.
Mas, é a vida de (inúmeras) famílias que está em jogo apenas nesta Unidade, deste Hospital. Mais. Todos os trabalhadores deste ambiente têm suas famílias envolvidas numa instituição que não se mostra confiável para guardar com sigilo e discrição um único envelope. André é que sente-se "perseguido e manipula".
Como cidadãos preocupa-nos todos os demais pacientes, familiares e trabalhadores que vivem a mesma situação.

Tal como no Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos, desde 2003 as denúncias se repetem. Como formadores de profissionais da saúde em nível de pós-graduação a vergonha da formação recebida por profissionais que trabalham nestas condições e desta forma. Como servidores públicos, defensores do SUS, o que dizer? Onze dias sem medicação. Dezoito dias para uma entrevista? Na era de um mundo digitalizado e onde tudo é rápido? O Direito do paciente da área de saúde mental não está assegurado. O Direito à saúde dos familiares não encontra espaço para esclarecimentos. Os direitos de idosos estão sendo atingidos. Perda de direitos.

Problematizar caminhos propostos, ajustes necessários e estranhamentos emergentes.

A produção de uma 'humanidade' e uma 'espiritualidade' só pode se realizar no mundo da produção e do trabalho, na 'criação' produtiva, no século XXI, diferentemente dos tempos da produção artesanal, "quando a personalidade do trabalhador se refletia inteiramente no objeto criado, quando era ainda muito forte a ligação entre arte e trabalho", no enfrentamento das

> *iniciativas 'puritanas' tem apenas o objetivo de conservar, fora do trabalho, um certo equilíbrio psicofísico, capaz de impedir o colapso fisiológico do trabalhador, coagido pelo novo método de produção. Este equilíbrio só pode ser puramente externo e mecânico, mas poderá se tornar interno se for proposto pelo próprio trabalhador e não imposto de fora, por uma nova forma de sociedade, com meios apropriados e originais. O industrial americano se preocupa em manter a continuidade da eficiência física do trabalhador, de sua eficiência muscular-nervosa: é de seu interesse ter um quadro estável de trabalhadores qualificados, um conjunto permanentemente harmonizado, já que também o complexo humano (o trabalhador coletivo) de uma empresa é uma máquina que não deve ser excessivamente desmontada com frequência ou ter suas peças individuais renovadas constantemente sem que isso provoque grandes perdas. (GRAMSCI, 2001, p. 267)*

Uma das virtualidades do modo como o trabalho é contratado nesta capital, para o atendimento em saúde mental, pode ser a capacidade de encontrar meios de aumentar a produtividade do trabalho e intensificar o seu ritmo colocando o trabalhador da área da saúde num processo completamente mecanizado, apenas do gesto físico, aparentemente deixando-os livres para pensarem, porque trouxe com as iniciativas 'humanizadoras' um "equilíbrio psicofísico", mesmo que "puramente externo e mecânico" (GRAMSCI, 2001, 267), internalizado pelos trabalhadores.

Decorrem duas questões: uma relacionada ao desenvolvimento da produtividade – quantidade de atendimentos disponibilizados; e outra à formação de trabalhadores e trabalhadoras da saúde, a partir da introdução de novas técnicas de trabalho e de novas concepções de vida, humanidade, saúde e especificamente de saúde mental. Do ponto de vista do aumento da produtividade a racionalização, precarização e terceirização do e no trabalho assinalam o seu alcance.

No entanto, tal importância estava e está voltada para a lógica da produção de mercadorias. As forças produtivas do trabalho tornam-se forças produtivas do capital contra os próprios trabalhadores. Emerge daí a importância de ressaltarmos o aspecto qualitativo da produção das condições de saúde da força de trabalho e da parte que cuida da saúde destes trabalhadores e trabalhadoras.

Nesse sentido, Mészáros contribui, ao que pudemos compreender de uma de suas teses, quanto ao papel da produtividade na autonomização da técnica como automovimento - o impulso para superar os "constrangimentos imediatos das necessidades humanas" (MÉSZÁROS, 2002, p. 666).

Somente por libertar-se dos limites da satisfação das necessidades e ser capaz de gerar desperdício é que foi possível desenvolver as forças produtivas. Porém, dada a sua irracionalidade intrínseca de gerar taxa de utilização decrescente, esse desenvolvimento "transforma suas potencialidades positivas em realidades destrutivas" (op. cit. p. 614/ 668). E, para o autor

> *[...] o avanço histórico representado pelo estágio capitalista de desenvolvimento produtivo /.../ é um retrocesso real se considerado em relação ao seu impacto na dialética de necessidade e produtividade, porque rompe radicalmente a relação prévia que prevaleceu, como já mencionado, por milhares de anos (MÉSZÁROS, 2002, p.615).*

Justamente o aspecto considerado, o aumento da produtividade, é que reside o aspecto positivo do modo segmentado como a riqueza se reproduz. No entanto, a sua lógica quebra a relação entre necessidade e produtividade, ou seja, o fato de ser uma produção voltada para a geração de valor que se troca como mercadoria, em detrimento do valor de uso, faz com que este fique subsumido àquele, ou inexista em determinados casos. No caso do trabalho de educação na saúde, e no caso particular da saúde mental, quando a produtividade supera como negócio individual o atendimento coletivo das necessidades da população, a potência criada quantitativamente, esmaga a qualidade.

O avanço técnico e tecnológico é superior no aspecto da produtividade voltada à geração de valor, mas é altamente destrutiva para os humanos implicados neste processo. É uma forma de justificar uma sequência de procedimentos e dele não abrir mão, como uma maneira de criar um tipo de sociedade mais complexa. A tradição da organização do trabalho tende (e se torna hoje de modo ainda mais acentuado e rigoroso) a uma luta contínua contra o elemento da 'animalidade'.

Neste processo ininterrupto, por vezes doloroso e sangrento, de sujeição dos instintos (naturais, isto é, animalescos e primitivos) às normas e hábitos da ordem vigente, da exatidão, da precisão, cada vez mais rígidos, tornam possíveis as formas tendencialmente mais complexas de vida coletiva. Esta luta é imposta a partir de fora dos sujeitos e os resultados obtidos até agora, embora de grande valor prático imediato, são em grande parte puramente mecânicos, não se transformaram numa 'segunda natureza' (GRAMSCI, 2001, p. 262). Ainda, "a racionalização determina a necessidade de elaborar um novo tipo humano, adequado ao novo tipo de trabalho e de processo produtivo..." (GRAMSCI, 2001, p. 248). Esta humanização propõe a questão do como se produz e qual adequação a uma nova relação social.

Para Gramsci existe uma grande diferença entre a ação real que modifica essencialmente tanto o homem quanto a realidade exterior (isto é, a cultura real), e o ridículo espírito tradicional que se autoproclama ação em que o que se modifica são as palavras e não as coisas, o gesto exterior e não o interior dos homens. O novo cria um futuro que é intrínseco à sua atividade objetiva e sobre a qual se prefere não falar. O segundo, cria apenas fantoches aperfeiçoados recortados segundo um "figurino retoricamente prefixado e que se reduzirão a pó quando cortados os fios externos que se lhe dão a aparência de movimento e de vida" (op.cit. 254).

Do mesmo modo que Gramsci concebia essa nova disciplina do trabalho nos inícios do século XX, "também será superada através da criação de um novo nexo psicofísico de um tipo diferente das anteriores e, certamente, de um tipo superior" (GRAMSCI, 2001, p. 266), no momento atual. Os novos métodos de trabalho, segundo o autor, permitiriam, desenvolver em seu grau máximo, no trabalhador os comportamentos maquinais e automáticos, quebrar a velha conexão psicofísica do trabalho profissional qualificado, que exigia uma certa participação ativa da inteligência, da fantasia, da iniciativa do trabalhador e reduzir as operações produtivas apenas ao aspecto físico maquinal[24].

Gramsci vislumbra que a possibilidade de libertação dos trabalhadores, do ponto de vista técnico, é dada pelo taylorismo/fordismo, pois este permitiu aos operários isolarem o conteúdo intelectual do trabalho, sem, no entanto, destruí-los espiritualmente. E, portanto, à medida que os gestos se tornaram mecânicos, os operários pensam livremente e podem perceber, já que o trabalho não lhes traz satisfações imediatas, que os capitalistas desejam transformá-los em gorilas amestrados, o que, poderia levar os operários a pensamentos pouco conformistas. (GRAMSCI, 2001, 271/272). É uma forma de justificar o fordismo como uma maneira de criar um tipo de sociedade mais complexa.

O limite desta formulação é o de que a aceitação da organização racional do processo de trabalho não

24 Exemplos podem ser localizados nos artigos *Matriciamento: vivência interdisciplinar relacionada a um grupo de trabalho em saúde no município de Santa Maria-RS* (p. 273-287) e *Cia do recomeço: a constituição de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e o caráter indissociável da gestão, atenção e formação* (p. 289-302), ambos In: PINHEIRO [et al.], 2014.

só garante eficiência e um salto enorme de produtividade, mas chega propriamente a libertar a mente do trabalhador. Esta relação entre mente e corpo, numa perspectiva espiritualista e idealista, pode-se dizer que é a característica mais destacada da relação corpo-mente em Gramsci – considerada pelo menos do ponto de vista da história do trabalho. Consiste numa assimetria radical de valores que exalta, por um lado, a liberdade e a autoridade da mente, e, por outro, desvaloriza o corpo como lugar material e brutal do instinto e da animalidade. O corpo não é apenas algo a ser governado e educado. É também, em sua não-espiritualidade, algo meramente fisiológico e, por isto, mecânico, que, em razão desta sua natureza, pode assimilar movimentos de trabalho ritmados e mecanizados, até assimilá-los dentro de si e transformá-los numa própria 'segunda natureza'.

Em vez de se limitar a explorar a força de trabalho muscular dos trabalhadores, privando-os de qualquer iniciativa e mantendo-os enclausurados nas parcelarizações, fragmentações e repetições restritas do taylorismo e do fordismo, desde a década de 90, as formas de explorar a imaginação, os dotes organizativos, a capacidade de cooperação, todas as virtualidades da inteligência permitiram que se desenvolvesse a tecnologia eletrônica, os computadores, e que se remodelassem os sistemas de telefonia e administração de empresa implantando o toyotismo, a qualidade total e outras técnicas de gestão. Esta tecnologia integra o setor de serviços em saúde como demonstração de atualização, avanço e inovação. Por outro lado, a condição de exercer o trabalho no interior de um hospital psiquiátrico depara-se com a necessidade de gerir este processo nas condições historicamente dadas.

Encerrando o texto para permanecer em diálogo

Pensar sobre o homem e a mulher, formando-se como educador e educadora do ensino na saúde quando o tempo da humanidade não é o tempo do relógio, implica considerar o ritmo próprio e certamente os resultados compensam.

Entre a disparidade / desigualdade do conhecimento que a ciência e a tecnologia disponibilizam e a condição material da existência da maioria da população, entre satélites artificiais e a fome, entre a rede e a realidade virtual que elimina distâncias e rompe com a temporalidade e as mortes e agressões físicas ou sutís – cotidianas – como é possível: corromper a inteligência, esvaziar o sentido da solidariedade e justificar por dogmas a barbárie? Atentados à civis, ao Estado, ao povo, aos trabalhadores, aos professores e professoras, aos alunos e as alunas.

A desumanidade ou a humanidade que em sua forma negativa/destrutiva mais extrema ameaça, faz aflorar em qualquer local, independe da condição econômica. Para além de um simplismo maniqueísta que tende a estimular procedimentos intolerantes. A intolerância não pode ser vista de modo passional ou irrefletido, pressupõe a reflexão, a compreensão realista das dificuldades e a consciência da natureza das questões subjacentes aos episódios históricos em que os trabalhadores e trabalhadoras da área da saúde mental se veem envolvidos.

A cisão entre as esferas privada e pública isola o indivíduo do coletivo. No mundo do trabalho as desigualdades são generalizadas e absolutizadas como se não fossem o resultado de uma construção histórica e social datada e localizada. Contra o desrespeito a lucidez, perspicácia e clarividência são necessárias.

O direito a férias de um trabalhador que sobrecarrega aos demais trabalhadores; a condição ambiental do hospital; o número de pacientes por unidade e por quarto, na internação; o alimento básico (arroz e feijão) que necessita de complementação familiar, promove competição e desigualdades num ambiente de sofrimento; o não atendimento e culpabilização de familiares pela escrita evidenciam desrespeito, crueldade e negligência para com o corpo e a mente de trabalhadores da área da saúde mental, pacientes e familiares.

A política como dimensão da atividade humana, tanto nas ações como nas omissões, repercute no que se conhece e em como se lida com o outro. Por palavras, silêncios e gestos, exemplos, comandos, sugestões, conselhos, oposição, querer ou não querer, tendo ou não consciência, moldamos, colaboramos, influenciamo-nos, condicionamo-nos para manter ou transformar o existente. Educamos e educamo-nos.

Referências

BORSARI, Danielle Araujo e ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Saúde Mental na Atenção Básica em município do interior de São Paulo: A pesquisa-ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psiquico. **BIS**. N. 15. Suplemento, Dez 2014.

BRASIL. Lei 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 02 abr 2016.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – LOS. 8.080/90. **DOU**. 19 set 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 02 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e Programas. **Portal Saúde, Cidadão**. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas. Acesso em 14 abr 2016.

CALIXTO, Alessandra Mendes. **Vamos Jogar Um Jogo?** Abordagem de problemas éticos e morais no cuidado em saúde mental a usuários de substâncias psicoativas. 2014. 117 p. Dissertação de Mestrado Profisional PPGENSAU/ UFRGS. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/104663/000940092.pdf?sequence=1. Acesso em 30 mar 2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Cortez, 2006.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 4. São Paulo: Civilização Brasileira, 2001.

KASPER, Elisabete. **O ensino de saúde pública prepara adequadamente o profissional da saúde?** 2006. 120 p. Tese de Doutoramento. FAMED/UFRGS. PPG Ciências Médicas: Pneumologia. Acesso em 30 mar 2016. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10853/000602395.pdf?sequence=1.

LOUZADA, Sérgio Noll. Emergência Psquiátrica no SUS. **Psychiatry on line Brasil** Vol. 20. Nº 7, Jul 2015. Disponível em http://www.polbr.med.br/ano15/pcl0715.php. Acesso em 02 abr 2016.

MACHADO, Carmen L B. Experienci-ação e formação orgânica de educador@s. In. MACHADO, Carmen Lucia Bezerra; MARCELINO, Ana Lúcia; SILVEIRA, Marner Lopes da (org.). **Cartas educativas:** uma experienci-ação de resistências, anúncios e fazeres. Porto Alegre: Itapuy, 2010.

MACHADO, Luana. **O apoio institucional nos processos de trabalho**: ferramenta para o fortalecimento da atenção primária à saúde. 2014. 73 p. Dissertação de Mestrado Profisional PPGENSAU FAMED/UFRGS.

MARX, Karl. **O Capital**. Livro III, Tomo II. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

MÉSZÁROS, István. **Para Além do Capital**. Rumo a uma teoria da Transição. São Paulo: Editora da Unicamp e Boitempo/Editorial, 2002.

PICCININI, Walmor J. Internamento psiquiátrico: a experiência do Rio Grande do Sul. **Psychiatry on line Brasil**. Dez 2008. Vol. 13, Nº 12. Disponível em: http://www.polbr.med.br/ano08/wal1208.php . Acessado em 20 mar 2016.

PINHEIRO, Roseni, [et al.] (org.). **Experienci(Ações) e práticas de apoio no SUS**: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional. Rio de Janeiro: CEPESC / ABRASCO, 2014.

PUSTAI, Odalci José. **A "ordem" de-vida para o médico pensar o paciente:** uma ontologia espinosana de ser humano na medicina. 2006. 229 p. Tese Doutorado em Educação, PPGEDU/ UFRGS.

SILVA, Mara Nibia da. **O trabalho acadêmico do professor do Curso de Medicina: Contradições num contexto de mudanças na FAMED/UFRGS**. 2005. 211 p. Disertação de Mestrado em Educação/UFRGS

Pesquisa

Conhecimento e prática dos profissionais da atenção primária de saúde acerca da educação em saúde do município de Canoas/RS

Knowledge and practice of primary health care professionals on health education in the city of Canoas/RS, Brazil

Conocimiento y práctica de los profesionales de la atención primaria de saúde acerca de la educación en salud del municipio de Canoas/RS, Brasil

Robianca Munaretti[1]
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi[2]
Waldomiro Carlos Manfroi[3]

Resumo

Neste estudo, parte-se de duas formas distintas de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS): o "modelo tradicional", com atendimentos à demanda espontânea previamente agendados, de caráter assistencial e curativo; e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), constituída por equipes multiprofissionais, atuando em territórios determinados, com usuários que ali residem. Nessas duas formas, os ambientes de saúde constituem-se espaços de aprendizagem, nos quais a troca e a construção do conhecimento devem permeá-los, construindo novos olhares de cuidado. O objetivo da pesquisa foi o de conhecer o quanto as questões de educação em saúde permeiam o trabalho das equipes de saúde do município, e o quanto estas se mobilizam nessa intervenção, qual o seu conhecimento sobre o assunto, e o que fazem para mudar

1 Mestre pelo PPG Ensino na Saúde – Mestrado Profissional – Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, robianca.munaretti@gmail.com
2 Doutora em Educação. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). e-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br
3 Professor Doutor do PPG Ensino na Saúde – Mestrado Profissional – Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, wmanfroi@hcpa.ufrgs.br

realidades promovendo saúde. Foi aplicado um instrumento de coleta de dados com os profissionais de nível superior de todas as UBS. Realizou-se uma análise quantitativa, da qual resultou que há um bom conhecimento sobre o tema, possibilitando a elaboração de programas que aprimorem a prática.
Palavras-chave: Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde. Promoção da Saúde. Educação de Pacientes.

Abstract

Our study was conducted within a context where there are basically two different methods to provide health care. The first method is the "conventional model", which consists of providing health care at primary health care units (PHCUs) according to previously scheduled visits based on spontaneous demand. The second method is the Family Health Strategy (FHS), consisting of multidisciplinary teams working within specific areas and providing care to the population living in these regions. Within this context, health care settings are learning environments where there should be knowledge exchange and construction, thus promoting new perspectives on health care. The objective of the present study was to investigate how much the issues associated with health education are related to the work of health care teams, how much these teams focus on this intervention, how much health professionals know about this topic, and what they do to change realities while promoting health. We administered a data collection instrument to university-degree professionals working at all PHCUs. Our quantitative analysis showed that the health professionals had good knowledge about the topic, thus enabling the development of programs to improve their practice.

Keywords: Health Education. Primary Health Care. Health Care Facilities. Health Promotion. Patient Education as a Topic.

Resumen

Partiendo de dos formas distintas de actuación de las Unidades Básicas de Salud (UBSs), el "modelo tradicional", con enfoque en la atención a la demanda espontanea, con consultas previamente agendadas, de carácter asistencial y curativo; y la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), constituida por equipos multiprofesionales actuando en territorios determinados, con usuarios que allí residen. En esas formas, los ambientes de salud se constituyen como espacios de aprendizaje donde el intercambio y la construcción del conocimiento deben permear, construyendo nuevas miradas sobre el cuidado. El objetivo de esta investigación fue conocer cuánto las cuestiones de educación en salud permean el trabajo de los equipos de salud del municipio y cuánto éstos se movilizan por esta intervención, cuál es el conocimiento sobre el tema, qué hacen para cambiar realidades promoviendo salud. Se aplicó un instrumento de recolección de datos con los profesionales de nivel superior de todas las UBSs. Se realizó un análisis cuantitativo donde se percibió un buen conocimiento sobre el tema, posibilitando la elaboración de programas que perfeccionen la práctica.

Palabras-clave: Educación en Salud. Atención Primaria a la Salud. Servicios de Salud. Promoción de la Salud. Educación del Paciente como Asunto.

Introdução

Pensando sobre o espaço de trabalho que encontramos na Atenção Primária à saúde brasileira percebemos

uma grande carência no que se refere à dificuldade de constituir uma equipe que desenvolva um trabalho efetivo de educação em saúde. O trabalho relacionado à promoção de saúde, e o dispensado no atendimento aos usuários, requerem, dos profissionais envolvidos, uma dedicação diferenciada, visando às ações de promoção de saúde, solução de problemas e enfoque educacional, de forma integrada. Assim como sugere Paulo Freire (2002), de que educar não é transmitir informação, logo, os trabalhos de educação em saúde devem ser repensados e reestruturados, em todos os ambientes. Os profissionais devem ter em mente que, nas trocas, está o processo de ensino-aprendizagem, o que propicia um aprender com o outro.

É sabido que o usuário só adere a um tratamento se identificar a real necessidade do que lhe é proposto, seus riscos e benefícios, podendo, assim, ocorrer uma aprendizagem consistente e significativa que venha a gerar mudanças na relação entre o profissional e o usuário. Por outro lado, sabe-se que as pessoas cuidam da sua saúde e mudam hábitos considerados nocivos quando, efetivamente, entendem a importância de mudar (CARVALHO, 2009).

Para encaminhar mudanças torna-se indispensável que antes conheçamos o nível em que se encontra a formação dos profissionais da área da saúde, mais especificamente aqueles que atuam nas unidades de saúde. Portanto, questiona-se: as Universidades estão desenvolvendo um processo didático-pedagógico que possa auxiliar o futuro profissional a planejar melhor essas atividades? É preciso, pois, pensar na integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidados, além da atenção integral em todos os níveis do sistema, cumprindo por completo um dos princípios do Sistema Único de Saúde (qual é esse princípio? É a atenção integral? Deve estar mais claro).

Venturelli (2003) refere que o novo paradigma de atenção em saúde, fundamentado na integralidade, requer uma mudança no ensino dos profissionais de saúde que deve acontecer visando às necessidades sociais. A saúde deve alcançar um grau de equidade, ser suficiente e de alta resolução. Para tanto, a educação dos profissionais de saúde deve ser relevante, centrada nos problemas prioritários e ser entregue a novas ferramentas educacionais. Isso implica que o estudante deve estar no centro do processo e não o docente, que até agora passava a informação e exigia repetição.

Objetivo geral

Conhecer o modo com que os profissionais de saúde, com formação de nível superior, entendem e executam ações de educação em saúde em seus locais de trabalho.

Objetivos específicos

Investigar se na formação dos profissionais da área da saúde em algum momento foi abordado o tema Educação em Saúde;

Conhecer as impressões dos profissionais de saúde envolvidos em atividades de educação em saúde, dentro dos territórios de abrangência das Unidades envolvidas;

Observar quanto as questões de educação em saúde permeiam o ambiente de trabalho das equipes no município de Canoas/RS;

Identificar o tipo de mobilização das equipes em ações vinculadas à educação permanente.

Metodologia

A pesquisa apresentada consta como o primeiro momento de um projeto dividido em três partes, interdependentes e sequenciais. Foi aplicado um instrumento de coleta de dados especialmente elaborado

para esse fim, com os profissionais de nível superior que atuam em todas as UBS do município de Canoas/RS. Neste estudo procuramos conhecer como esses profissionais entendem e utilizam a educação em saúde na sua rotina diária, utilizando metodologia quantitativa, em que foram analisadas as respostas em suas diferentes modalidades de atuação e confrontadas com bibliografias e pesquisas sobre o assunto. Foram entregues 191 instrumentos de coleta de dados, assim distribuídos: 101 para médicos; 62 para enfermeiros; e 28 para cirurgiões-dentistas. Desse total entregue, retornaram 103 instrumentos preenchidos. Cada participante foi informado sobre todas as etapas da pesquisa e assinou o documento de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Os achados da pesquisa em relação aos profissionais que responderam o questionário revelaram a maioria dos profissionais com até 15 anos de atividade. Quanto ao vínculo trabalhista, 81,6% são contratados por uma Fundação Municipal de Saúde/Cooperativa de Médicos; 11,7% são profissionais concursados estatutários; 5,8% pertencem ao Programa Mais Médicos; e 1% é Residente de Universidade do município. Pesquisa realizada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, que analisou as estruturas de recursos humanos na saúde em secretarias de municípios com mais de 100 mil habitantes, evidenciou a necessidade de contratação de pessoal especializado na área de gestão do trabalho, existência de contratos temporários e precários, insatisfação geral dos trabalhadores com as carreiras existentes ou ausência de planos de carreira adequados às realidades, e baixa remuneração (BRASIL, 2007 apud ARSEGO, 2013).
Para pensarmos em ações futuras é importante conhecer o que os profissionais entendem por educação em saúde. De acordo com as respostas obtidas, 46,6% acreditam que educação em saúde é transmitir conhecimentos dos processos de saúde e doença às populações; 45,6% entendem que devem ouvir o quanto o usuário conhece sobre o fato e a partir disso ampliar seus conhecimentos sobre saúde; e 74,8% acreditam na construção coletiva do conhecimento como consequência da ação de sujeitos respeitados, fortalecidos e valorizados. Freire (2002) aponta para a importância de se respeitar os saberes das populações, saberes socialmente construídos na prática comunitária, e poder discutir com seus integrantes a razão de ser de alguns desses saberes em relação ao ensino. Quanto à efetividade das ações de educação em saúde constatou-se que 97,1% dos profissionais acreditam que esses trabalhos sejam eficazes. Esse achado vai ao encontro do que afirmam Ceccim e Mehry (2009), de que a produção da atenção não se esgota na prestação de práticas biomédicas ou normativo-cuidadoras; elas envolvem capacidades de acolhimento, interações que promovem práticas de si em cada agente de relação, produzindo um ambiente-tempo comum; que sejam eficazes, pois os usuários esperam de seus agentes a mesma coisa, uma eficaz resolutividade dos sofrimentos advindos de problemas de saúde.
Com a ideia de identificar o quanto o tema permeou os currículos dos cursos de graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, constatou-se que 87,4% tiveram contato, em sua formação, com ações que consideram de educação em saúde. Conforme lhes foi solicitado, descreveram um número amplo de ações, com características bem distintas e todas com alto grau de construção coletiva do conhecimento, sendo citada a educação em saúde. Rossoni e Lampert (2004) referem que uns dos principais desafios da formação de profissionais para o Ministério da Saúde é a construção de novos modos de fazer saúde visando à integralidade da atenção através de ações intersetoriais e com o trabalho em equipes. Os autores destacam que é quase impossível discutir separadamente os aspectos de integralidade da assistência, do trabalho humanizado e em equipe, no SUS, principalmente no nível da Atenção Primária, reforçando que o grande desafio da formação em saúde é amarrar cenários de práticas que possibilitem ao aluno vivências no mundo real.
Quando lhes foi apresentada uma lista de ações que permeiam o cotidiano de uma Unidade de Saúde, os profissionais elegeram aquelas que consideram trabalhos efetivos de educação em saúde e dentre as que predominaram destacam-se: as atividades em grupo, os trabalhos em escolas, as orientações às

comunidades/usuários, palestras. É importante destacar que as atividades visitas domiciliares, acolhimento e atendimentos clínicos são citados por um quantitativo interessante de profissionais. Ao pensarmos em atendimentos clínicos e nas diferentes áreas de atuação, devemos ter o cuidado no tipo de ação, na qualidade e efetividade dos processos que dar-se-ão com o usuário e profissional, pois poderemos reforçar o que foi descrito por Freire (1959), que no assistencialismo não há responsabilidade, não há decisão; só há gestos que revelam passividade e "domesticação" do homem. O assistencialismo é uma forma de ação que rouba ao homem condições para a consecução de uma das condições fundamentais da alma humana – a responsabilidade.

Outro momento importante da pesquisa é o questionamento quanto aos ambientes de aprendizagem, que acreditamos ser o espaço onde existe a construção do conhecimento em saúde, onde as ações acontecem e as vivências são problematizadas. A problematização é o elemento central que pressupõe a leitura crítica da realidade com todas as suas contradições, buscando explicações que ajudem a transformá-la (Brasil, 2012). Essa construção ocorre independente do local, espaço físico, material e recursos disponíveis.

Para os profissionais pesquisados, 85,4% acredita que existem ambientes de aprendizagem nas UBS e que o trabalho deve acontecer através de trocas e construção coletiva dos conhecimentos nesses espaços. Ressaltamos que, durante a revisão da literatura, foram encontrados poucos estudos referentes ao tema ambientes de aprendizagem. Para Rocha (2005), o ambiente de aprendizado deve ser um local onde não haja contraposição entre o intelectual e o afetivo, pois a construção do conhecimento tem influência do afeto, pois somente aprendemos bem aquilo que nos cativa, que temos afinidade. Em nosso entendimento, todos os espaços são ambientes de aprendizagem, porque a construção do conhecimento ocorre independente do local, espaço físico, material e recursos disponíveis. O que realmente importa é a qualidade da escuta, da relação horizontalizada. Ceccim e Ferla (2009) dizem que o aprender e o ensinar têm a ver com o modo de fazer – como a aprendizagem não é uma operação intelectual de acúmulo de informações, e inclui afeto, supondo atividades dos atores envolvidos, estabelece o enfrentamento de um modo já estabelecido de ver o mundo com outro que é apresentado a partir das (novas) informações.

A partir dos resultados, fica claro que a grande maioria dos profissionais pesquisados acredita na efetividade dos trabalhos de educação em saúde, sendo essa crença a motivadora de mudança nos processos, tornando-os horizontalizados, com foco na construção coletiva e escuta de saberes. Devemos, então, como parte dos próximos momentos da pesquisa, investigar como são realizados os trabalhos nas unidades de saúde, como são elaborados, planejados, construídos e executados. Se toda construção ocorre de maneira participativa, em que todos os atores se mantêm ativos no processo, a promoção e a prevenção acontecem onde seus envolvidos atuam para desenvolver o autocuidado, sendo ativos e objetivando a integralidade. É importante reforçar que educação em saúde é uma prática social que contempla um processo de construção compartilhada de saberes, com atores ativos e falantes que trazem para o campo suas visões de mundo, seus significados, posicionamentos e escolhas (SCHWINGEL; CAVEDON, 2004).

Para Afonso (2010), trabalhar em/com grupos e atuar em um "campo de forças", a dinâmica resulta da interação dos membros dentro de um contexto definido. É um espaço apropriado para a mudança de ideias, atitudes e prática, não podendo ser considerado a soma de indivíduos, mas um conjunto de relações em constante movimento. Neste estudo, 55,3% dos profissionais consideram ter um conhecimento razoável para trabalhar com grupos, e 23,3% consideram ter muito conhecimento para realizar esse tipo de ação. Sabemos que é muito importante conhecer o assunto para desenvolver qualquer tipo de trabalho, porém, para que qualquer atividade se desenvolva torna-se indispensável a motivação, portanto, neste estudo, 91,3% dos profissionais relataram ter motivação para fazer trabalhos com grupos, porém, 43,7% dizem não ter espaço físico para que sejam realizados; e 13,6% referem que a população não frequenta; 21,4% dizem ter falta de horário na agenda; e 2,9% sentem a falta do apoio dos colegas para esse tipo de ação.

Ao serem questionados sobre os trabalhos que consideram relevantes de realizar em escolas, 83,5% escolhe as rodas de conversa sobre assuntos de interesse dos educandos e educadores; 78,6% acredita em palestras e orientações para os pais; 72,8% pensa em capacitação de educadores; 65%, em debates; 60,2%

refere o desenvolvimento de grupos, em que todos participam da construção de um planejamento de ações; 48,5% pensa em avaliações clínicas dos alunos com encaminhamentos quando necessário; e 41,7% refere fóruns como atividades produtivas. Para Silva et.al (2013), as atividades de educação em saúde, e as de promoção de saúde, não buscam a aplicação de técnicas e métodos estabelecidos para a resolução de dificuldades e de carências da comunidade, mas buscam potencializar sujeitos e coletivos, guiados pelo objetivo de (re)ativar potências, articular vivências, aprender, ensinar, gerar reflexões, sensações e (re) significações. A prática aprende na vivência do dia a dia, como constituir grupos com usuários do serviço e ainda buscar a constante articulação com outros profissionais da Unidade.

Para a maioria dos profissionais, as reuniões de equipe são os principais momentos de educação em saúde que acontecem nas unidades. Silva et.al (2013) referem que a promoção da saúde acontece a partir da oportunidade que os sujeitos têm de ouvir a si mesmos e aos outros, e de reformular, recriar seus modos de pensar e de estar no mundo, confrontando concepções às vezes enrijecidas e adoecedoras. Já, os autores Neves e Heckert (2004) afirmam que, ao gerir o trabalho, os sujeitos criam e recriam saberes sofisticados e necessários ao seu fazer.

Conclusões

Considerando-se que o grande motivador da construção do projeto inicial, gerador desta pesquisa, foi o fato de que se ouvia, na prática diária, a queixa de que era difícil desenvolver um trabalho de educação em saúde, de que os profissionais não tinham motivação e nem conhecimento para tal. Contudo, constatou-se que há profissionais motivados e conhecedores do tema, o que reforça o quanto é necessário fomentar atividades de educação permanente para que, cada vez mais, sejam qualificadas as intervenções entre as partes. Assim, substitui-se a queixa, do não saber pelas forças de ação e fortalecimento dos saberes existentes, com estímulo e valorização.

No que se refere aos tipos de trabalhos de educação em saúde, os grupos e as atividades em escolas ainda são considerados os principais modos de se atuar em relação ao tema aqui tratado. Porém, acreditamos que é necessária uma atenção especial nos atendimentos clínicos, nos quais também ocorrem ricos processos educativos que podem levar o usuário a intervenções positivas com a sua saúde, aderindo ao tratamento, por exemplo. Neves e Heckert (2004) afirmam que os processos de trabalho são campos de produção de saber, onde entram em cena redes de saberes formulados coletivamente. O trabalho é o exercício da potência de criação do humano, é invenção de si e do mundo, gerindo e colocando à prova experiências, saberes, prescrições; é lidar com a variabilidade e a imprevisibilidade que permeia a vida, criando estratégias, novas normas.

Referências

AFONSO, M.L. O trabalho com grupos na saúde: um diálogo teórico. In: AFONSO, M.L. **Oficina em dinâmica de grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde. Brasília: CONASS, 2007. Apud. ARSEGO, L.R. **A Valorização do Trabalhador da Saúde Pública: a agenda brasileira**. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: UFRGS, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho em da Educação na Saúde. **Políticas e Ações.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, P.M.G. **Práticas Educativas em Saúde: ações dos enfermeiros na Estratégia de**

Saúde da Família. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal do Piauí: 2009.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**. v.6, p. 443-456, nov. 2008/fev. 2009.

CECCIM, R.B.; MEHRY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. In: **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. v. 13, supl. 1, p. 531-42, 2009.

FREIRE, P. **Educação e Atualidade Brasileira**. Tese de concurso para a cadeira de história e filosofia da educação. Escola de Belas Artes de Pernambuco: Recife, 1959.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários para a Prática Educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

NEVES, C.A.B.; HECKERT, AL.C. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007.

ROCHA, N.S. O Silêncio na Sala de Aula: Reflexões sobre o filme: "Fale com ela". In: MACHADO, C.L.B.; MANFROI, W.C. **Prática Educativa em Medicina**. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2005.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. In: **Boletim da Saúde**. V. 18, N.1. Porto Alegre: jan/jun, 2004.

SCHWINGEL, B; CAVEDON, N.R. Representações Sociais dos Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões Dentistas de Equipes de Saúde da Família sobre Educação em Saúde. In: MISOCZKY, M.C.; BORDIN, R. **Gestão Local em Saúde: Práticas e Reflexões**. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2004.

SILVA, G.G.S.; PEREIRA, E.R.; OLIVEIRA, J.O.; KODATO, Y.M. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**. 33(4), 1000-1013. Universidade Federal de Uberlândia, 2013.

VENTURELLI, J. Los Cambios: Campo de Curiosidade, Desafios y Creación. In: VENTURELLI, J. **Educación Médica: Nuevos Enfoques, Metas y Metodos**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 2003.

Pesquisa

Educação na saúde em um hospital de ensino: a efetividade da mudança?

Health education in a teaching hospital: is change effective?

Educación en salud en un hospital de enseñanza: ¿la efectividad del cambio?

Iane Maria Da Silva[1]
Paulo Peixoto de Albuquerque[2]

Resumo

No processo de trabalho em equipe, mudanças sempre são difíceis, pois desarrumam modos de ser, ativar e organizar o trabalho. Na saúde, essa dificuldade também se impõe porque envolve especialização, interdisciplinaridade, especificidades tecnológicas que se inovam continuamente, conforme o avanço da ciência. Por isso formula-se para aquele que pensa sobre formação na saúde e no trabalho a seguinte questão: as estratégias pedagógicas (formas de Educação Permanente) para trabalhadores especializados proporcionam mudanças na atenção à saúde? Neste estudo, analisam-se as atividades educativas (Educação na Saúde) que pretendem dar conta das mudanças no processo de trabalho em um hospital de ensino, considerando-se que a tecnologia e os serviços prestados tendem à complexidade. A metodologia utilizada é a de Estudo de Caso, com abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos por meio da observação participante e de registros em diário de campo construídos durante o encontro (capacitação) dos trabalhadores do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a de entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio, com seis participantes dos respectivos encontros e profissionais atuantes no Hospital. Os dados obtidos foram analisados utilizando-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, segundo Lefévre et al. (2003). Tendo como resultado a implementação

1 Enfermeira, Mestre em Ensino na Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e funcionária do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre.

2 Professor da Faculdade de Educação e pesquisador do Núcleo Trabalho, Movimentos Sociais e Educação e do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina, ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

de um projeto de capacitação em diferentes níveis do quadro de funcionários (profissionais da saúde).

Palavras-chave: Educação na saúde. Trabalho.Educação permanente. Atenção à saúde.

Abstract

Changes in a team work process are always difficult, because they affect the ways of being, activating and organizing the work. In the health field, this fact reverberates even more, since it involves specialization, interdisciplinary, technology specifications, which are continuously innovating, according to recent scientific researches. Therefore, professionals who think about health and work training, makes evidence the following question emerges: do the pedagogic strategies for highly specialized workers provide effective changes in health care? The main objective of this study is to analyze the effectiveness of educational activities (health education) intended to deal with the changes in the work process at a teaching hospital, since technology and the services provided tend to be complex. To that end, a case study was conducted using a qualitative approach. Data were initially obtained from researcher's participant observation and notes from her field diary taken during a training meeting of the President Vargas Hospital staff. Data collection also involved semi-structured audio recorded interviews with 6 participants of these meetings and professionals working at the hospital. The obtained data were analyzed using the Collective Subject Speech approach proposed by Lefévre et al. (2003).

Keywords: Health education. Work. Continuing education. attention to health.

Resumen

En el proceso de trabajo en equipo, cambios son siempre difíciles, pues desordenan los modos de ser, activar y organizar el trabajo. En la salud, esa dificultad también se impone, porque envuelve especialización, interdisciplinaridad, especificidades tecnológicas que se innuevan continuamente, conforme el avance de la ciencia. Por ello, se evidencia para aquel que piensa formación en salud y en trabajo la siguiente cuestión: ¿las estrategias pedagógicas (formas de Educación Permanente) para trabajadores especializados proporcionan cambios en la atención a la salud? Analizar las actividades educativas (Educación en Salud) que pretenden dar cuenta de los cambios en el proceso de trabajo en un hospital de enseñanza, visto que la tecnología y los servicios prestados tienden a la complejidad. Para tanto, la metodología utilizada fue un Estudio de Caso con abordaje cualitativo. Los datos se obtuvieron por medio de observación participante de la investigadora y de sus registros en diario de campo construidos durante el encuentro (capacitación) de los trabajadores del Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. Para la recolección de datos se realizaron entrevistas semi-estructuradas grabadas en audio con 6 participantes de los respectivos encuentros y profesionales actuantes en el hospital. Se analizaron los datos obtenidos utilizando la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo propuesta por Lefévre et al. (2003).

Palabras clave: Educación en la salud. Trabajo. Educación permanente. Atención a la salud.

Introdução

No Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas as atividades educativas fazem parte do cotidiano dos trabalhadores. Além das capacitações com divulgação prévia de temáticas variadas, escolhidas e organizadas por uma comissão de trabalhadores, ocorrem encontros multiprofissionais para a discussão de casos, a partir da problematização no atendimento às demandas dos pacientes nas diversas unidades. Tem-se, também, a apresentação e discussão de temas pelos funcionários que envolvem diretamente as práticas de saúde. Assim, na condição de enfermeira da Emergência Pediátrica desse Hospital, procuro participar das atividades educativas e pensar sobre a sua relevância no aperfeiçoamento dos profissionais da saúde.
O hospital, enquanto espaço para trabalhar o contexto saúde-doença, tem uma dinâmica peculiar materializada nos diferentes serviços especializados para atender as necessidades do grupo materno-infantil. São diversos os serviços de apoio e retaguarda que integram a sua estrutura, com o objetivo de buscar a melhor qualidade na assistência de ponta e/ou ação que viabilizam tecnicamente a assistência.
Os diferentes profissionais que atuam no ambiente hospitalar, que é múltiplo, realizam ações fragmentadas. No entanto, essas ações estão fundamentadas não somente no uso de tecnologias que constantemente exigem atualizações — aprendendo a reaprender —, mas em uma concepção de saúde que pensa o indivíduo no seu todo.
Por sua vez, as relações profissionais se unem para prestar atenção à saúde. Muitas vezes, em situações de urgência, em que o atendimento da equipe de saúde deve ser rápido, há que contar com a atuação conjunta dos vários profissionais,realizando-se a integralidade do cuidado para salvar vidas. Está em pauta, então, o trabalho em equipe.
Normalmente, são realizadas ações educativas para os trabalhadores de saúde criando-se espaços diferenciados de saber.As tecnologias novas, o lidar com modernos equipamentos, o uso de novas drogas, o cuidado com os pacientes refletem-se nas diversas dimensões, desde os trabalhadores que precisam operacionalizá-las até os gestores que buscam a qualidade do atendimento. E cada uma das especialidades vivencia as novas formas de realizá-las, conforme o seu conhecimento e aplicação no seu cotidiano, buscando o seu aperfeiçoamento. Assim, esse saber-fazer gera desafios a serem enfrentados pelos diversos profissionais, cada um respondendo por suas funções, mas vivenciando situações conjuntamente, o que favorece o crescimento de toda a equipe. Portanto, insere-se nesse âmbito, a necessidade da educação em saúde.
Neste estudo de caso analisa-se a efetividade das ações educativas (Educação em Saúde) em um hospital de ensino do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Robert Yin (2005, p. 19), "o estudo de caso é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se podem manipular dados relevantes".

> Pode-se também considerar quando a busca é criativa, apreendendo a totalidade de uma situação e, de maneira engenhosa, descrever, compreender, discutir e analisar a complexidade de um caso concreto, construindo uma teoria que possa explicá-lo e prevê-lo (MARTINS, 2008, p. 10).

A existência de diferentes sujeitos, com seus diversos saberes que se unem para usar as tecnologias com o máximo de cuidado, usando tecnologias inovadoras no processo de trabalho hospitalar, reforça a relevância deste estudo em analisar as práticas educativas que fazem parte da Educação Permanente.
A Educação Permanente pode ser um tipo de Educação Não Formal. Segundo Cortella (2007, p. 47), "[...] já que se pretende a consolidação de uma sociedade com convivência justa e equânime, a cidadania em paz é o horizonte [...]."Mas como proposta de educação permanente este lugar de trabalho traz consigo algumas dificuldades, visto que as pessoas trazem consigo experiências e uma "rotina de trabalho" que, muitas vezes, gera conflitos quando se pensa o trabalho interdisciplinar, provocando situações de desconforto na execução de suas rotinas de trabalho, pois o que "sempre fez" de repente pode mudar devido às novas realidades que a mudança de uma rotina de trabalho lhe exige.

Metodologia

Este é um estudo do tipo estudo de caso de natureza qualitativa, pois, de acordo com Yin (2005), um dos fundamentos para um estudo de caso único é o caso revelador,e ocorre quando o pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação.
O Estudo de Caso pede avaliação qualitativa, pois seu objetivo é o estudo de uma unidade social que se analisa profunda e intensamente em determinada realidade. Busca-se, diante de uma situação,de modo criativo, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto, mediante um estudo profundo e exaustivo em um objeto delimitado (MARTINS, 2008).
Em relação à natureza qualitativa do estudo, de acordo com Minayo (2012),

> a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade.

A presente pesquisa foi desenvolvida em um hospital de ensino — Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas —, localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no ano de 2014. Trata-se de uma empresa pública gerida pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, sendo que os atendimentos são todos realizados pelo SUS. Esse local foi escolhido por ser um hospital de ensino, portanto, é um espaço de formação profissional, onde diversas ações educativas são realizadas, por exemplo, capacitações, encontros, discussões de casos entre a equipe nas diversas unidades, contando com a participação dos residentes médicos e, desde março deste ano, com a residência multiprofissional em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Foram incluídos, neste estudo, os trabalhadores da área da saúde de todos os turnos do hospital, independente da sua categoria profissional ou setor de trabalho, os quais tivessem participado de atividades educacionais em serviço no último ano na instituição. Pelo fato de o enfoque do estudo estar voltado para o Ensino na Saúde foram considerados os trabalhadores da área da saúde. Foram excluídos os trabalhadores que estiveram afastados durante a coleta de dados devido às férias ou licença e que não manifestaram interesse em participar da pesquisa.
A questão que norteou a pesquisa foi a reflexão a respeito da contribuição das ações educativas no trabalho dos profissionais e as atitudes desses profissionais, além da atualização nas suas práticas.
A coleta de dados ocorreu por meio da técnica de entrevista semiestruturada, sendo as falas gravadas em áudio. Inicialmente, fez-se a observação participante nas atividades educativas, durante dois dias, contemplando vinte participantes, com preenchimento da Ficha de Observação. Após, realizaram-se entrevistas individuais com seis participantes, tendo como critério a saturação de dados, conforme instrumento de coleta de dados, sendo que o primeiro entrevistado foi escolhido pela entrevistadora e este escolheu o segundo e assim sucessivamente até o sexto para facilitar a aleatoriedade da amostra e contemplar as diversas categorias profissionais.
De acordo com Martins (2008), em um estudo de caso, análises e reflexões estão presentes durante os vários estágios da pesquisa, particularmente durante o levantamento das informações, dados e evidências, em situações em que resultados parciais sugerem alterações, correções de rumo.
A coleta de dados, conforme Lefévre et al (2003), funciona como coleta da matéria-prima das representações existentes no campo pesquisado, ou seja, os discursos professados pelos sujeitos sociais e o método mais usado é a entrevista.
De acordo com Minayo (2012), na entrevista semiestruturada, não só permite ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada, como ao pesquisador buscar elementos (indicadores) para caracterizar os participantes, tais como: idade, sexo, categoria profissional, quanto tempo trabalha na Instituição, quantas capacitações participou no último ano.
Na construção do instrumento de pesquisa foram organizadas questões abertas que possibilitaram aos entrevistados opinar sobre os conhecimentos adquiridos nas capacitações e outras atividades educativas

que auxiliaram na realização do seu trabalho, através de exemplificação.
Esta pesquisa, realizada no período de maio a julho de 2014, obedeceu à Resolução 466/12 CNS/CONEP, que estabelece normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos. Os dados obtidos foram utilizados somente para este estudo, os quais serão armazenados pelo pesquisador principal durante cinco anos e, após, serão totalmente destruídos (BRASIL, 1996). O estudo também foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que após aprovação foi encaminhado à Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, aprovado sob o protocolo do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas.

Análise dos dados

Nesta pesquisa estão elencadas as seguintes situações para análise: as ações educativas em saúde; e o aperfeiçoamento na educação dos profissionais da saúde.
A categorização dos dados originou-se nas falas dos entrevistados e das observações dos indivíduos nos ambientes de capacitação, no caso,a Semana da Enfermagem, cujos assuntos foram escolhidos e organizados pelos trabalhadores que fazem parte da comissão organizadora desse evento.
Conforme Duarte et al (2009),

> uma das possibilidades para a interpretação das informações colhidas,[...], é a utilização das Representações Sociais; como método de relevância na tarefa relacionada ao tratamento dos dados, o Discurso do Sujeito Coletivo se mostra adequado a este propósito.

As Representações Sociais, segundo Duarte et al (2009), contêm o saber popular, mitos, crenças e costumes, que convergem no senso comum e que são socialmente compartilhados.
Neste estudo utilizou-se, metodologicamente, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para analisar os dados, pois, segundo Lefévre et al (2003), essa metodologia trabalha com realidades ou representações sociais que não podem ser totalmente quantificadas, além de resgatar os sentidos e significados dos sujeitos. No caso deste estudo, os profissionais da saúde.
Por meio dos discursos dos sujeitos dentro da sua realidade, de acordo com Lefévre et al (2005), para organizar e tabular os dados são utilizadas como figuras metodológicas as expressões-chave, as ideias centrais e as ancoragens. Foram buscados, então, nas falas dos entrevistados, trechos reveladores da essência do conteúdo das representações para constituir as expressões-chave. Com os recortes de falas comuns foram identificadas as ideias centrais que sintetizaram o conteúdo dos depoimentos, a partir das quais realizou-se o processo de ancoragem por meio da tradução das ideias básicas que sustentam o discurso que os sujeitos expressam nos seus depoimentos.

Apresentação, discussão e análise dos resultados

Nas entrevistas realizadas com os trabalhadores da área da saúde, que possuem nível médio e superior (Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Assistente Social, Médica e Fonoaudióloga) do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, foram constatadasas seguintes características: 100% dos entrevistados são mulheres. A idade delas situa-se entre 40 e 45 anos. Acumulam tempo de serviço público em torno de 10 anos ou mais, sendo que as veteranas participam mais das diversas atividades educativas no que se refere à discussão de diferentes temas nas equipes, à atuação como facilitadoras, preceptoras, autoras e/ou organizadoras dessas atividades.
Para manter o anonimato dos participantes da pesquisa, cada entrevistado foi representado pela letra "S", seguida de um algarismo arábico que representa a sequência em que as entrevistas foram realizadas, entre parênteses. Exemplo: Sujeito 1 (S1), Sujeito 2 (S2) e assim por diante até o sexto entrevistado, a fim de identificar as falas de cada um para melhor organizá-las. Também foram preenchidas as fichas de observação participante no seguimento do evento ocorrido no Hospital,o qual contemplou as várias categorias profissionais da saúde, embora fosse intitulada Semana da Enfermagem do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas.

Quadro 1- Percepção positiva das ações educativas
- Ideias Centrais –

Sujeitos	Argumentos / falas	Ideia central
S1	*A fala, o jeito do educador falar com o público, quando ele tenta se aproximar mais das pessoas, o modo como interage para aproximar mais as pessoas, então tu te sentes mais envolvido naquela atividade.*	Interatividade
S5	*Palestras com boa dinâmica, mais encontros com discussão de casos.*	Dinâmica
S6	*Temas importantes para a nossa formação e aperfeiçoamento...conhecimento é coisa inesgotável...*	Temática

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

As falas acima identificam os aspectos importantes para que ações educativas propiciemos profissionais a participação, o envolvimento dos diversos sujeitos, trabalhando os assuntos que são pertinentes à realidade de cada um, mas visando ao todo, na busca do conhecimento. Conforme Demo (2010, p.23), na perspectiva epistemológica, "conhecimento é dinâmica disruptiva, rebelde, em permanente desconstrução e reconstrução" significa movimento para a transformação.

De acordo com as falas do Quadro 1, percebo que as atividades que envolvem os profissionais de maneira ativa, os quais constroem o conhecimento com autonomia e dinamismo, são fundamentais para promover o trabalho em equipe e proporcionar mudanças nas práticas de atenção à saúde. Souza Campos (2013) sugere que os trabalhadores sejam Sujeitos Sociais, trabalhando em sistema de cogestão, assumindo corresponsabilidades, em permanente diretriz, portanto, revalorizando o trabalho e o trabalhador.

Quadro 2 - Percepção da utilidade das ações educativas
- Ideias Centrais -

Sujeitos	Argumentos / falas	Ideia central
S1	*O conhecimento é transitório... necessidade de educação permanente.*	Educação permanente
S2	*Inovação das ações... novidades que envolvem o atendimento no Hospital.*	Inovação técnica
S6	*Temas importantes para a nossa formação e aperfeiçoamento...conhecimento é coisa inesgotável...*	Temática

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

As ideias inclusas no Quadro 2 refletem a necessidade da Educação Permanente devido às inovações tecnológicas, mas com o objetivo de lançar um olhar ao todo da instituição e às pessoas que realizam os diversos serviços. Conforme Ceccim (2005, p. 165), "a Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde".

Considero, a partir das falas acima, a importância de olhar para a instituição como um todo, conhecendo os diversos serviços e fluxos de atendimento, superando as fragmentações no seu interior. Nesse ambiente, onde as ações multiprofissionais acontecem, é onde se constroem e se fortalecem as práticas apoiadas nas funções uns dos outros para constituir o trabalho. Ao se proporcionar espaços de Educação Permanente aos profissionais da saúde, não somente as capacitações, mas outras ações educativas, como multiplicadoras, podem surgir contribuições relativas a assuntos que envolvem o trabalho dos profissionais, promovendo atualizações, discussão e trocas de experiências. Isso também pode ser feito em pequenos momentos, como nas próprias reuniões de equipe.

Quadro 3 - Percepção dos elementos essenciais para se efetivar as ações educativas
- Ideias Centrais –

Sujeitos	Argumentos / falas	Ideia central
S1	*Motivação por parte da empresa, as pessoas precisam algo em troca.*	Motivação
S3	*Apoio da Instituição como estímulo, condições de fazer, incentivo aos profissionais que organizam para que as ações não se restrinjam a palestras.*	Apoio institucional
S4	*Cronograma anual, calendário regular das atividades para que se crie uma rotina de atualização e para facilitar a organização dos profissionais.*	Planejamento

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

É interessante observar, nas falas constantes no Quadro 3, alguns dos elementos necessários para que as atividades educativas sejam desenvolvidas, quando os entrevistados dizem que a própria instituição deve motivá-los, valorizando-os com alguma vantagem, além daquilo que os profissionais buscam, que é o conhecimento. Acrescente-se a isto, o apoio às pessoas que criam e organizam essas oportunidades de aprendizagem, pois são sujeitos que devem ser vistos como agentes de transformação. Como diz Freire (2000, p.58), gerar uma prática educativa que prepare sujeitos críticos capazes de responder com presteza desafios inesperados e diversificados. Além disso, se houvesse o planejamento dessas atividades por parte da instituição hospitalar facilitaria a organização da participação dos trabalhadores, como sugere o Sujeito 4.

Quadro 4 - EVENTO 1 – Ficha de observação dos participantes

Ficha de observação dos participantes			
Ação educativa	**Público-alvo**	**Observações**	
Semana da Enfermagem – 12/05/14 – Palestras	Trabalhadores da área da saúde e estudantes	Atenção	*Auditório quase lotado, mas algumas pessoas levantam e saem durante as palestras, sendo que outras assistem até o final.*
		Participação	*Todas as pessoas batem palmas após as apresentações, seguindo o protocolo. Poucos questionamentos e/ou comentários após as explanações*
		Nível de Satisfação	*Alguns participantes tecem comentários entre si. Praticamente toda a plateia bate palmas.*
		Conflitos	*Não foram observadas situações de conflito.*

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

Quadro 5 - EVENTO 2 –Ficha de observação dos participantes

Ficha de observação dos participantes			
Ação educativa	**Público-alvo**	**Observações**	
Semana da Enfermagem – 13/05/14 – Palestras	Trabalhadores da área da saúde e estudantes.	Atenção	*Algumas pessoas olham para a palestrante, outros olham quem chega no local, ainda há os que mexem nos seus telefones celulares e falam com o colega que está ao seu lado. Duas ou três pessoas dormem nas cadeiras e alguns bocejam (passados 45 minutos do início da atividade).*
		Participação	*A palestrante faz perguntas aos participantes, alguns respondem "sim" e outros dizem "não". Após riem na sala conforme as expressões verbais da palestrante, olhares atentos e palmas no final da apresentação.*
		Nível de Satisfação	*Alguns participantes fazem comentários entre si durante a apresentação. No final a coordenadora da mesa pede palmas à plateia após entregar o certificado e a lembrança à apresentadora.*
		Conflitos	*Algumas pessoas que estão sentadas na plateia visualizam fotos no telefone celular. No início da atividade a sala estava lotada, mas ao término há vários assentos vazios, pois os ouvintes foram saindo.*

Fonte: Dados da pesquisa. Porto Alegre, 2013.

Conforme os registros realizados nas fichas, notam-se algumas demonstrações de participação de alguns ouvintes, mas outros ficam quietos. Então, de acordo com os fundamentos do Sentir/pensar de De La Torre e Moraes (2004), para que se consiga a participação efetiva é preciso sensibilizar os sujeitos envolvidos, proporcionando espaços onde possam sentir que fazem parte efetiva do processo. Conforme Pedroso (2005, p. 53), "as práticas tradicionais de ensino que reproduzem um saber já não dão conta mais da formação de sujeitos".Assim, ações dissociadas e impostas sem envolvimento emocional deixam de ter sentido e passam a ser consideradas aula tradicional ou imposição, e não serão efetivas. Somente haverá participação das pessoas se elas forem sensibilizadas para o evento.

Considerações finais

> Somente um ser que é capaz de sair de seu contexto, de 'distanciar-se' dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para objetivando-o transformá-lo e, transformando-o saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo no seu tempo que é o seu, um ser histórico, somente este é capaz, por tudo isto, de comprometer-se (Freire, Paulo, 1979, p. 17).

Terminar um projeto de pesquisa sempre remete o pesquisador a um distanciar-se do objeto do estudo, do discurso dos entrevistados, sem, contudo, perder a noção do compromisso que lhe deu origem.
Os resultados obtidos superaram o esperado, pois o cenário formativo desenhado será apresentado à Assessoria de Ensino e Pesquisa do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas que pretende incluí-lo no planejamento estratégico. Convém destacar que esse é o Setor que coordena e organiza a elaboração das ações de educação em saúde no meu ambiente de trabalho.
Destaco que este estudo apontou elementos importantes e significativos para se pensar em propostas educativas no serviço. Nas entrevistas realizadas com trabalhadores das diversas categorias profissionais — enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social e médica — , foram constatados os seguintes elementos:

a) Os entrevistados consideram a formação como fator de motivação para o trabalho
b) Destacaram também que a formação e/ou capacitação se faz necessária em função da obsoletização dos conhecimentos provocada pelas novas tecnologias;
c) No discurso dos entrevistados e na observação dos eventos percebeu-se que as atualizações ainda seguem o modelo tradicional, ou seja, reproduzem as situações da escola (palestras, sala de aula, etc.);
d) A reprodução do discurso pedagógico está legitimado pela escola e, nesse sentido, os entrevistados percebem a formação individual como necessidade básica para obtenção/garantia de um fazer profissional na atenção à saúde;
e) Na reprodução do discurso percebeu-se uma lógica de mídia e de consumo, ressaltando que a formação/capacitação para o trabalho e no trabalho coloca aquele que faz a capacitação em posição de valorização individual.

No plano da subjetividade também se constatou que as propostas de formação/capacitação do tipo tradicional causam frustração das expectativas por parte dos egressos, pois as possibilidades de melhoria nas condições em que atuam dependem de outras dimensões no ambiente de trabalho.
Constatou-se a importância na elaboração dos programas de capacitação, atentando, especialmente, para os novos marcos teóricos e/ou ideológicos que contenham conteúdos relevantes para atender as reais necessidades do contingente e, assim, antecipar as potencialidades de impactos de atuação dos egressos e demonstrar objetivamente os resultados alcançados.
Para finalizar, o estudo de campo permitiu que me distanciasse do meu ambiente de trabalho para melhor compreendê-lo, e ao fazê-lo comprometer-me com a mudança. E mesmo considerando as limitações operacionais (falta de financiamento, burocracia e dificuldades do sistema Plataforma Brasil, Comitês de Ética e Pesquisa tanto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul quanto do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas), posso dizer que a pesquisa, como instrumento de síntese e finalização do curso de pós-graduação, materializou e permitiu-me vivenciar o modo como se constrói políticas educativas no ambiente de trabalho com a finalidade de transformar as ações educativas em atividades prazerosas.
O estudo apresentado pode e deve ser entendido como uma das muitas realidades vivenciadas por aqueles que têm na saúde o seu "que fazer".
Destaco, fundamentalmente, que a busca do conhecimento, necessariamente passa pela construção de mudanças que efetivem, na prática, outro modo de pensar saúde e isto pode ser feito desde que se tenha como pressuposto que a educação é, no seu sentido mais amplo, continuidade/ compromisso/

compartilhar experiências, que resultam de processos de ensino-aprendizagem, mesmo sendo um contexto tendencialmente globalizante e tecnicista. Ainda é preciso considerar o cotidiano do trabalhador da saúde e contar com ele na condição de sujeito, protagonista da sua história e da realização do cuidado em saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde & Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96: Dispõe sobre as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**, Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão decoletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2013. 229 p.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, p. 161-168, 2005.

DEMO, P.B. **Téc. Senac: a R. Educ. Prof.** Rio de janeiro v. 36, n. 1, p. 15-25, 2010

DUARTE, S.J.H., MAMEDE, M.V., ANDRADE, S.M.O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 18, n. 4, p. 620-626, 2009

CORTELLA, M.S. **Visões singulares, conversas plurais**, Rumos Educação Cultura e Arte. 3 ed. São Paulo: Itaú Cultural, 2007. 96 p.

FREIRE, P. **O compromisso do profissional com a sociedade. In: Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. Editora UNESP, São Paulo, 2000.

LEFÉVRE F., LEFÉVRE A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: Educs, 2003

MARTINS, G.A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **RCO - Revista de Contabilidade e Organizações - FEARP/USP**. v.2, 2008.

MINAYO, M.C.D.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MORAES, M.C.; DE LA TORRE, Saturnino. **Sentipensar: fundamentos e estratégias para reencantar a educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

PEDROSO, S.R.S. **Análise de uma prática educativa em saúde**. In:MACHADO, C.L.; MANFROI, W.C. (Org.). Prática educativa em medicina. Porto Alegre: Da Casa,2005. p. 47-56.

YIN, R.Y. **Introdução**. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookmann, 2005.

Pesquisa

Mudanças na educação superior em cursos da saúde: análise da evasão no curso noturno de odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Changes in higher education healthcare courses: analysis of dropouts from the evening degree course in dentistry of Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul

Cambios en la educación superior en cursos de salud: análisis del abandono del curso nocturno de odontología de la Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul

Juliana Maciel de Souza[1]
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi[2]

Resumo

A partir da proposta do Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que possui um curso diurno de Odontologia desde 1898, e iniciou, em 2010, o curso noturno. Entendendo que, além de garantir o acesso ao ensino superior são necessárias condições de permanência do estudante no curso até sua conclusão, no presente artigo analisa-se a evasão no curso noturno de Odontologia, no período entre 2010 e fevereiro de 2014. O trabalho faz parte de dissertação vinculada ao Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da UFRGS. A coleta de dados

1 Pedagoga. Técnica em Assuntos Educacionais da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua Ramiro Barcelos, 2492, 2o andar. Porto Alegre, RS, Brasil. 90035-003. e-mail: juli.desouza@ufrgs.br

2 Doutora em Educação. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). e-mail: ramona.fernanda@ ufrgs.br

aconteceu por meio de análise documental (históricos escolares e relatórios do sistema de graduação) e entrevistas semiestruturadas com estudantes e professores do curso (n=14). Os dados quantitativos foram digitados no software IBM SPSS Statistics para Windows e analisados por meio da distribuição de frequências. Já, os dados qualitativos foram interpretados pela análise de conteúdo de Bardin, com o apoio do software ATLAS.ti. O percentual de evasão do curso observado no período investigado foi de 19,9%. Dos estudantes evadidos, 79,2% saíram do curso noturno para cursar Odontologia no período diurno na mesma instituição. Os principais aspectos relacionados à evasão foram a duração de oito anos do curso (considerado muito longo), a melhor adaptação ao horário diurno de estudo e a oportunidade de realizar a transferência interna para o curso de período diurno. Estudantes relataram que ter um bom emprego durante o dia, poder cursar disciplinas no semestre seguinte, em caso de reprovação, e um menor tempo de duração do curso são fatores que podem influenciar a permanência no curso. Os resultados encontrados podem subsidiar a proposição de estratégias para a permanência do estudante no curso até sua conclusão.

Palavras-chave: Evasão Escolar, Educação Superior, Educação em Odontologia.

Abstract

After the establishment of the Program for Support to Plans for the Restructuring and Expansion of Federal Universities (Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais, REUNI), the School of Dentistry of Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), which has offered a daytime degree course in Dentistry since 1898, implemented the evening course in 2010. With the understanding that it is necessary not only to ensure access to higher education but also to provide the conditions for students to remain in the course until its completion, the present paper aimed to analyze dropouts from the evening degree course in Dentistry from 2010 to February 2014. This study is part of the dissertation linked to the Graduate Program in Health Education – Professional Master's degree program at UFRGS. Data collection took place using document analysis (school records and undergraduate system reports) and semi-structured interviews with students and professors (n=14). Quantitative data were typed on the IBM SPSS Statistics for Windows software and analyzed using frequency distribution. Conversely, qualitative data were interpreted according to the technique of content analysis proposed by Bardin using the ATLAS.ti software. Dropout rates from the course were 19.9% during the study period. Of the dropout students, 79.2% quit the evening course to take the daytime degree course in Dentistry at the same institution. The main aspects related to dropout were the eight-year duration of the course (considered too long), better adaptation to daytime hours of study, and opportunity to request internal transfer to the daytime course. Students reported that having a good job during the day, being able to repeat subjects in the next semester in case of failure, and a shorter course duration are factors that may influence them to remain in the evening course. Our results may support the proposal of strategies to retain students in the degree course in Dentistry until its completion.

Keywords: Student Dropout, Higher Education, Dental Education.

Resumen

A partir del establecimiento del Programa de Apoyo al Plan de Reestructuración y Expansión de las Universidades Federales (REUNI), la Facultad de Odontología de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que posee un curso diurno de Odontología desde 1898, inició, en 2010, el curso nocturno. Entendiendo que, además de garantizar el acceso a la enseñanza superior, es necesario crear

condiciones para que el estudiante permanezca en el curso hasta su conclusión, el presente artículo buscó analizar el abandono del curso nocturno de Odontología en el período entre 2010 y febrero de 2014. El trabajo forma parte de una tesis de maestría vinculada al Programa de Postgrado en Enseñanza en Salud – Maestría Profesional de la UFRGS. La recolección de datos se realizó por medio de análisis documental (historiales escolares e informes del sistema de grado) y entrevistas semi-estructuradas con estudiantes y profesores del curso (n=14). Se teclearon los datos cuantitativos en el software IBM SPSS Statistics para Windows y se los analizaron por medio de la distribución de frecuencias. Ya los datos cualitativos fueron interpretados por el análisis de contenido de Bardin con el apoyo del software ATLAS.ti. El porcentaje de abandono del curso observado en el período fue del 19,9%. De los estudiantes que abandonaron el curso, el 79,2% salieron del curso nocturno para cursar Odontología en el período diurno en la misma institución. Los principales aspectos relacionados al abandono fueron la duración de ocho años del curso (considerada muy larga), la mejor adaptación al horario diurno de estudio y la oportunidad de realizar la transferencia interna para el curso de período diurno. Estudiantes relataron que tener un buen empleo durante el día, poder cursar asignaturas en el semestre siguiente en caso de suspenso y un menor tiempo de duración del curso son factores que pueden influir en la permanencia en el curso. Los resultados encontrados pueden subsidiar la proposición de estrategias para la permanencia del estudiante en el curso hasta su conclusión.

Palabras clave: Abandono Escolar; Educación Superior; Educación en Odontología.

Introdução

A educação superior brasileira tem passado por importantes transformações no que diz respeito à qualidade, natureza e categoria administrativa das instituições que ofertam essa modalidade de ensino às novas modalidades de cursos e programas (MACEDO et al., 2005).

Na última década pôde-se observar o investimento do Governo Federal na rede de ensino superior. Entre suas ações, propôs a expansão e reestruturação das universidades federais por meio do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI). Uma das dimensões do REUNI apontou a ampliação da oferta de educação superior, com o aumento de vagas para ingresso na universidade, especialmente no período noturno (BRASIL, 2007).

Tal demanda teve respaldo na oferta de cursos superiores no Brasil que, em se tratando de instituições públicas, caracterizavam-se pela oferta de cursos diurnos, com seriação rigorosa e ocupados por jovens com dedicação exclusiva aos estudos (ARROYO, 1991).

Atendendo ao que estava disposto no REUNI, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) iniciou, em 2010, um curso de Odontologia oferecido integralmente no período noturno, com a oferta de 30 vagas anuais (ingresso no segundo semestre de cada ano), voltado ao estudante trabalhador (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2010).

Cabe ressaltar que o curso diurno de Odontologia, em 2005, modificou seu currículo pautado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2002), estabelecendo a formação de um cirurgião-dentista generalista, humanista, crítico e reflexivo, com competência para atuar em diferentes níveis de atenção à saúde. Além disso, a formação passou a contemplar o Sistema Único de Saúde (SUS), estando comprometida e direcionada à concretização de seus princípios (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2004), à atenção integral em um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência, além do trabalho em equipe (MORITA; KRIGER, 2004). Um dos eixos estruturantes desse processo de mudança curricular da UFRGS foi a integração do ensino com o SUS, com ênfase na vivência dos estudantes de graduação nos serviços públicos de saúde enquanto espaços de formação do cirurgião-dentista (TOASSI et al., 2013).

Entendendo que o sucesso do estudante na universidade, no entanto, não se restringe ao acesso à vaga e passa,

também, pela sua permanência no curso até a conclusão, questões como a retenção e a evasão no ensino superior merecem atenção da universidade. O abandono e as repetidas reprovações estabelecem-se como eventos complexos e multidimensionais que constituem uma dificuldade não só educativa, mas também social (VIDALES, 2009).
O abandono da universidade pelo estudante tem sido associado a fatores acadêmicos, entre os quais a falta de integração ao ambiente e às demandas da instituição universitária e a integração social do estudante. A integração social e acadêmica é afetada por características da vida pré-universitária do estudante e características universitárias (do curso, integração social e acadêmica, fatores externos e objetivos) que, relacionadas, levam à decisão de permanecer ou se evadir do curso frequentado (TINTO, 1975).
Diante da importância que possui o oferecimento de um curso noturno de Odontologia em uma universidade pública do Brasil, voltado ao estudante trabalhador, conhecer a ocorrência de evasão e as percepções dos estudantes e professores sobre a saída deste curso constitui-se uma condição fundamental para consolidar a democratização do acesso ao ensino superior. Nesse contexto, a presente pesquisa propôs-se a analisar evasão no curso noturno de Odontologia, no período entre 2010 e fevereiro de 2014.

Contextualizando o curso noturno de odontologia da UFRGS

O curso noturno de odontologia da UFRGS iniciou suas atividades em 2010. Sua criação ocorreu vinculada à mais recente política de ampliação do ensino superior federal, o REUNI. Dentre suas diretrizes, o REUNI propôs a "redução das taxas de evasão, ocupação de vagas ociosas e aumento de vagas de ingresso, especialmente no período noturno" (BRASIL 2007, p. 8). Esse curso iniciou junto com outros cursos da saúde de período noturno — Serviço Social, Psicologia e Saúde Coletiva (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2012)
O projeto pedagógico do curso noturno de Odontologia foi constituído tendo como base o documento do curso diurno de Odontologia da mesma instituição, com idêntica carga horária total (5.040 horas), incluindo créditos obrigatórios (312 créditos), eletivos (oito créditos) e complementares (16 créditos). As atividades curriculares obrigatórias acontecem exclusivamente no turno da noite, de segunda a sexta-feira, contemplando uma carga horária de 20 horas semanais em atividades presenciais. O curso tem a duração de oito anos/16 semestres (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2010).
O ingresso no curso é anual, com a oferta de 30 vagas. O estudante realiza o processo seletivo no início de cada ano e, após aprovado, tem seu ingresso efetivado no 2º semestre letivo. A oferta de disciplinas obrigatórias também ocorre de forma anual, sendo um grupo de disciplinas oferecido em semestres pares, e outro grupo em semestres ímpares.
A formação em Odontologia nessa universidade está compreendida em três momentos: momento de formação fundamental (básica), pré-profissional e profissional. Para o curso noturno, o momento básico compreende as disciplinas que compõem os cinco semestres iniciais do curso. A partir do sexto, o estudante ingressa no momento pré-profissional, com atendimento a pacientes nos ambientes clínicos da Faculdade de Odontologia. Esses atendimentos, e também as aulas teóricas e práticas, são realizados no período noturno. Durante o momento profissional que contempla as etapas finais do curso, o estudante desenvolverá as habilidades e competências necessárias ao exercício profissional de forma articulada à rede de atendimento do SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2010). Por ter sido implantado em 2010, o curso tem previsão de ter sua primeira turma de concluintes em 2018.

Desempenho acadêmico e evasão na educação superior em cursos da área da saúde e na odontologia: o que mostram as evidências

Um amplo estudo nacional sobre o desempenho das universidades públicas brasileiras, em relação aos índices de diplomação, retenção e evasão dos estudantes de seus cursos de graduação, foi realizado pela

Comissão Especial de Estudos sobre a Evasão nas Universidades Públicas Brasileiras (BRASIL, 1997). Os resultados apresentaram, para a área de ciências da saúde, um índice de retenção (permanência no curso por tempo maior do que o necessário para sua conclusão) de 6,5%, e evasão de 22,5%. O curso de Odontologia apresentou índice de retenção de 1,3%, e evasão de 9%. O estudo salientou que os índices são somente o passo inicial de análises que devem procurar identificar e compreender os fatores que levam à evasão.

Em 2007, Silva Filho et al. analisaram a evasão no ensino superior brasileiro no período de 2000 a 2005, por meio de dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e Ministério da Educação (MEC). Para tanto, calcularam o percentual de evasão anual, medindo a perda de alunos de um ano para outro. O Brasil apresentou uma média de evasão em 22% no período estudado. As Instituições de Ensino Superior (IES) públicas apresentaram média de 12% de evasão, variando de 9% a 15%. Na região sul, a evasão anual mais baixa aconteceu no Paraná, e a mais alta no Rio Grande do Sul. Na análise por área de conhecimento, 'saúde e bem-estar social' apresentou média de 19%, variando de 17% a 20%, e o curso de Odontologia teve média de 11% (de 9% a 13%).

Veloso e Almeida (2002) estudaram a evasão nos cursos de graduação da Universidade Federal de Mato Grosso, por meio da análise de dados da trajetória dos estudantes no sistema de registros institucional, da aplicação de um questionário aos coordenadores dos cursos de graduação selecionados e da realização de entrevista com a Pró-reitoria de Ensino e Graduação. O índice médio de evasão encontrado nos cursos da área da saúde foi de 34% entre os estudantes que haviam ingressado de 1987/2 até 1993/1, ficando em sexto lugar entre as oito áreas pesquisadas. Dentre os fatores elencados pelos coordenadores de curso que poderiam influenciar a evasão, destacaram-se a indecisão pela escolha do curso ou opção por cursos com menor concorrência no processo seletivo, o desempenho no ensino médio, a estrutura física da instituição, o turno do curso e as metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas pelos professores. A análise dos dados sugeriu que a evasão é um processo não só do estudante, mas também da instituição, à medida que esta não prioriza políticas de permanência do estudante no curso de sua opção. Outro aspecto verificado foi a mobilidade dos estudantes de um curso para outro, constituindo-se em uma evasão positiva para o estudante, o qual pode mudar de curso em razão de seu amadurecimento na instituição. Os resultados mostraram que uma parte dos estudantes evadidos eram trabalhadores que não conseguiram conciliar o trabalho com o estudo. A inclusão do estudante trabalhador representou mais do que discutir sua viabilidade administrativa e didática, mas também a função social da Universidade para as classes trabalhadoras.

Gomes et al. (2010) verificaram a evasão acadêmica ocorrida nos cursos ministrados no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, analisando 132 processos de desligamento, de 2001/1 a 2007/1. Os estudantes foram agrupados em quatro modalidades de saída: desligamento por abandono de curso, desligamento voluntário (estudante que desistiu de seu vínculo com a universidade por iniciativa própria), desligamento por não cumprimento de condições (estudante que, após ter sido identificado como provável desligado por rendimento ou tempo máximo de permanência não cumpriu as condições fixadas pela instituição para conclusão do curso) e mudança de curso (alteração de curso mediante autorização institucional). A média percentual de evasão encontrada no curso de Odontologia foi de 2%, sendo a maior concentração na categoria de desligamento por não cumprimento de condição. A Odontologia foi o terceiro curso a apresentar maior média percentual de evasão nesta instituição.

Cavalcanti et al. (2010) identificaram os motivos para a evasão do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, na perspectiva de seus estudantes. O estudo teve delineamento observacional analítico e a amostra foi composta por 46 estudantes ingressantes na universidade, entre o segundo semestre de 2008 e o primeiro semestre de 2009. A análise das possíveis causas de evasão dos discentes considerou se as expectativas dos mesmos estavam sendo correspondidas. Os resultados mostraram que 43,2% dos estudantes estavam insatisfeitos com o curso em virtude do corpo docente (42,1%), estrutura física (36,8%) e estrutura curricular (21,1%).

Silva et al. (2010) investigaram os fatores influenciadores do desempenho acadêmico de uma amostra

retrospectiva constituída pelos estudantes de graduação ingressantes de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, em um período de 20 anos, entre 1984 e 2003 (n=1182). Variáveis demográficas e educacionais foram utilizadas para predizer o desempenho acadêmico geral e por grupos de disciplinas. O desempenho acadêmico por grupos de disciplinas foi superior em disciplinas profissionalizantes e clínicas ($p<0,001$). O melhor desempenho acadêmico relacionou-se ao menor tempo entre ensino médio e ingresso na graduação, sexo feminino, melhor classificação no vestibular, maior frequência no curso e carga horária do estudante em ensino, pesquisa e extensão. Os resultados encontrados ressaltaram a importância da análise do desempenho acadêmico no planejamento educacional e reforçaram a necessidade de reestruturação curricular focada na integração disciplinar.

O curso de Odontologia de Araçatuba – UNESP, constituiu foco da pesquisa de Saliba et al. (2006), que estudaram a evasão (de ingressantes entre 1992 e 1999) e a retenção (de 1992 a 2002). Foi considerada evasão qualquer saída do curso que não fosse por diplomação, excetuando-se falecimento e transferência para o mesmo curso em outra instituição. Retenção foi entendida como a situação do estudante que não concluiu o curso dentro do período mínimo de integralização, por razão de repetência ou suspensão de matrícula. Identificou-se que o percentual de evasão foi de 2,2%, e esta ocorreu na primeira série do curso em 50% dos casos e 42,8% ocorreu no segundo ano da graduação, sendo que não houve evasão no último ano. Entre 1992 e 2002 foi identificado que 1,6% dos estudantes reprovaram em pelo menos uma disciplina, sendo as disciplinas de Patologia bucal (11,9%) e Histologia-Embriologia (9,4%) as que apresentaram maiores índices de reprovação. A análise da existência de retenção mostrou-se complementar ao estudo da evasão por revelar o percentual de estudantes formados após o período mínimo indicado para a conclusão do curso. O estudo apontou a necessidade de atuação dos serviços de orientação vocacional junto aos estudantes.

Na Colômbia, Yelpes et al. (2007) realizaram grupos focais para identificar fatores intrínsecos e extrínsecos aos estudantes determinantes de sua evasão do curso de Odontologia na Universidade de Antioquia. Participaram da pesquisa dois grupos de estudantes, sendo um de estudantes que saíram definitivamente do curso, e outro com estudantes que saíram e depois regressaram para a Odontologia. A maior parte dos estudantes dos dois grupos decidiu sair do curso quando estava no quarto semestre, etapa curricular em que se iniciam as atividades clínicas (29,4% dos evadidos e 31,3% dos que reingressaram). A quantidade de disciplinas básicas que compõe os semestres iniciais do curso pode constituir fator determinante da evasão. Para os estudantes que reingressaram, o principal motivo da desistência foi o econômico. Para os que se evadiram definitivamente, o principal motivo foi a mudança de profissão e a vontade de fazer outro curso. A maioria dos estudantes manifestou ter um excelente desempenho acadêmico. Para o grupo que se evadiu e não retornou foram identificados três fatores intrínsecos (mudança de curso, falta de motivação e falta de tempo) e três fatores extrínsecos (trabalho, carga acadêmica, metodologia de ensino ruim) para a evasão. Entre os estudantes de reingresso foram encontrados seis fatores intrínsecos (desmotivação pela profissão, falta de tempo, viagem, necessidade de descansar, problema de saúde e maternidade) e dois fatores extrínsecos ao estudante (econômicos e profissionais) para a desistência do curso. Ambos os grupos relataram que a relação entre estudantes e professores era agradável e positiva, e a maior parte observou que a disponibilidade de espaços de estudo, além da sala de aula, era suficiente, porém elencou problemas em relação à cafeteria (necessidade de melhorar o serviço e baixar os preços). O estudo concluiu ser necessário melhorar a orientação vocacional previamente à entrada na universidade, além de repensar a quantidade de atividades curriculares presenciais para que os estudantes tenham mais tempo para se dedicarem a atividades extracurriculares e proporcionar atividades que contemplem a totalidade do desenvolvimento dos estudantes, como o lazer.

Na Arábia Saudita, Al-Amri et al. (2012) verificaram o efeito de diferentes fatores, entre os quais o currículo, o papel do corpo docente, orientação acadêmica e disponibilidade de recursos e serviços de apoio à aprendizagem, no desempenho de estudantes de graduação em Odontologia. Os dados foram coletados com estudantes da Faculdade de Odontologia da King Saud University, durante o ano de 2008-2009 (n=576). Os estudantes foram convidados a preencher um questionário composto por 45

questões, que foi especialmente elaborado de acordo com os requisitos da Associação Europeia de Educação Odontológica. A escala Likert de cinco pontos foi utilizada para avaliar as respostas. O papel dos professores e os recursos de aprendizagem, além de de serviços de apoio, tiveram efeito significativo sobre o desempenho dos estudantes. Já, a orientação acadêmica e o currículo do curso de Odontologia não tiveram efeito significativo no desempenho dos estudantes. Os resultados destacaram a necessidade de melhorar o nível de orientação acadêmica e revisar o currículo para que esses fatores tenham um impacto significativo sobre o sucesso acadêmico dos estudantes.

Metodologia

Este artigo faz parte de uma pesquisa maior, estudo de caso (YIN, 2010), vinculada à dissertação do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da UFRGS, cujo objetivo foi analisar a trajetória acadêmica do estudante do curso noturno de Odontologia, por meio da caracterização do perfil do estudante, situação acadêmica e compreensão dos motivos de retenção e evasão (SOUZA, 2014). O contexto de análise aqui apresentado tem como foco a evasão no curso noturno de Odontologia da UFRGS.

A coleta de dados aconteceu em dois momentos: análise documental e realização de entrevistas semiestruturadas. Na análise documental foram avaliados os históricos escolares dos estudantes e relatórios do sistema de graduação no que dizia respeito ao ano de ingresso e saída do estudante do curso noturno (n=121). Já, as entrevistas foram realizadas com estudantes e professores, seguindo um roteiro semiestruturado e pré-testado.

Inicialmente, o contato com os estudantes e professores foi realizado por mensagem via correio eletrônico, contendo título e objetivo do estudo e sugestões de data e horário para realização da entrevista, de modo que os participantes pudessem escolher o momento mais adequado às suas rotinas para participar. As entrevistas foram gravadas em equipamento de áudio, sendo transcritas e enviadas aos entrevistados para leitura e eventuais ajustes. A amostra foi intencional, definida pelo critério da saturação (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2011).

Ao final, 14 entrevistas foram realizadas, sendo seis com estudantes (identificados como 'Estudante 1 a 6') e oito com professores (identificados como 'Professor 1 a 8'). A caracterização dos estudantes e professores entrevistados pode ser observada na Figura 1.

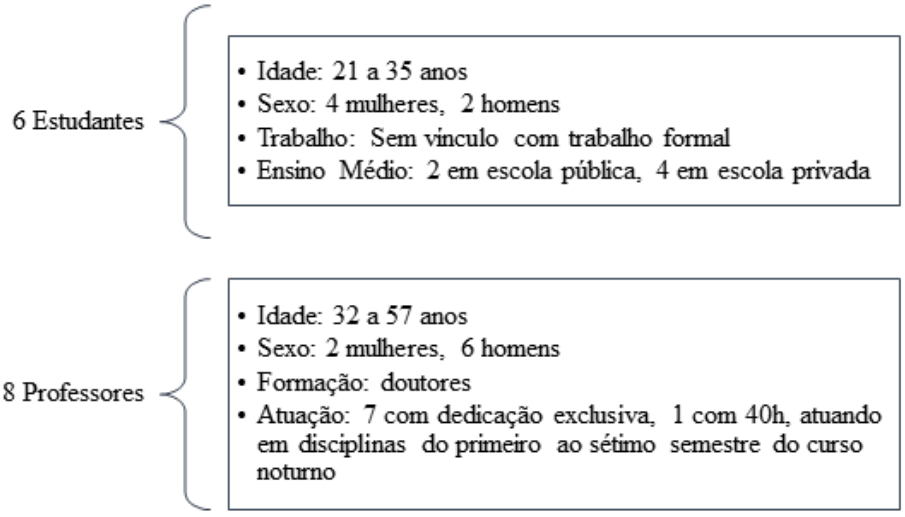


Figura 1 – Caracterização de estudantes e professores entrevistados. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010 a fevereiro de 2014.

Os dados quantitativos foram digitados no software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, e analisados por meio da distribuição de frequências. Já, os dados qualitativos foram interpretados pela análise de conteúdo de Bardin (2011), com o auxílio do software ATLAS.ti (Visual Qualitative Data Analysis).

A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CAAE 12567113.8.0000.5347 – Parecer 241.514). Todos os entrevistados que consentiram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Dos 121 estudantes ingressantes no período de 2010 a fevereiro de 2014, 24 (19,9%) evadiram-se do curso noturno de Odontologia. A maior parte dos estudantes evadidos (n=19 – 79,2%) está cursando o curso diurno de Odontologia na mesma instituição (Figura 2).

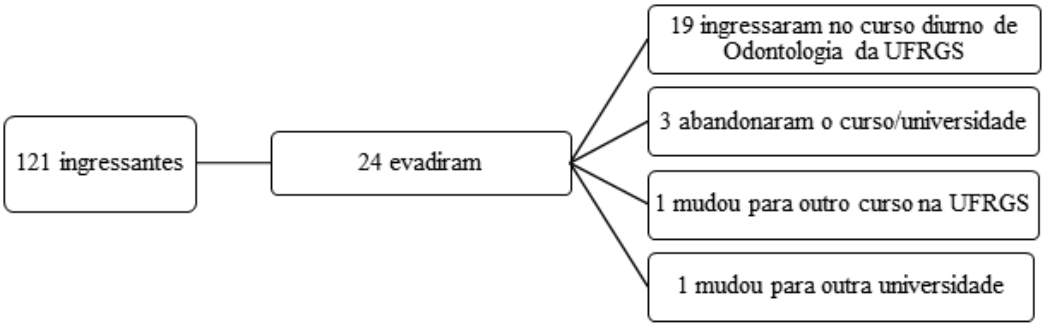


Figura 2 – Evasão observada entre estudantes do curso noturno de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010 a fevereiro de 2014.

Tal percentual de evasão foi maior do que aquele observado por Gomes et al. (2010) no curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo, de 2001 a 2007, onde a evasão foi de 2%, sendo o terceiro curso a apresentar maior média percentual de evasão entre os cursos da área da saúde daquela instituição. De modo similar, Saliba et al. (2006) identificaram, no curso de Odontologia de Araçatuba – UNESP, um percentual de evasão de 2,2%, a qual ocorreu na primeira série do curso em 50% dos casos, e em 42,8% ocorreu no segundo ano da graduação, sendo que não houve evasão no último ano de curso. Já, estudo realizado por Silva Filho et al. (2007) constatou, nos cursos de Odontologia no Brasil, um percentual médio de 11% de evasão entre 2000 e 2005, valor também inferior ao encontrado neste estudo.

Em relação ao tempo frequentado no curso pelos estudantes que se evadiram do noturno, a maioria (66,7%) frequentou, no máximo, dois anos de curso, evidenciando que a evasão ocorreu predominantemente no início da formação (Tabela 1). Estudos sobre evasão mostram que as primeiras etapas do curso são primordiais para a decisão de permanecer ou não, sendo observada redução nos casos de evasão nas etapas finais de formação (YELPES et al., 2007; SALIBA et al., 2006).

Tabela 1 – Tempo frequentado no curso pelos estudantes que se evadiram do curso noturno de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010 a fevereiro de 2014.

Tempo no curso	n (%)
Até dois anos	16 (66,7)
Três anos	7 (29,1)
Quatro anos	1 (4,2)
Total	**24 (100,0)**

Os casos de evasão encontrados neste estudo estão, predominantemente, contemplados na categoria de evasão aparente, em que o estudante muda de um curso para outro, permanecendo no ensino superior, enquanto que a evasão real é aquela em que o estudante desiste de cursar o ensino superior (CARDOSO, 2008).

No curso noturno, a grande maioria dos estudantes que se evadiu passou a cursar o curso diurno de Odontologia na mesma instituição por meio da realização de novo vestibular ou transferência interna (pelo recálculo da média do vestibular ou realização do Processo Seletivo Unificado).
É importante destacar que na primeira turma que ingressou no curso noturno de Odontologia, em 2010, a evasão foi observada a partir do semestre 2013/1, quando houve a oportunidade de os estudantes realizarem a transferência interna para o curso diurno.
Ainda que esses estudantes tenham permanecido na universidade e no curso de Odontologia, é importante avaliar a ocorrência de evasão, pois a mudança de curso gera uma vaga ociosa na instituição, a qual precisa ser preenchida. Acrescenta-se a esse contexto os desperdícios sociais, acadêmicos e econômicos da não conclusão nos cursos de graduação (SILVA FILHO et al., 2007).

Compreendendo a evasão no curso noturno de odontologia: percepções de estudantes e professores

Para os estudantes, o tempo de duração de oito anos do curso noturno de Odontologia foi considerado muito longo e constituiu-se o principal motivo de saída do curso, como pode ser observado nas falas dos estudantes:

> [...] o que pesa muito, desanima e desmotiva é o fato dos oito anos, tanto é que se têm seis anos na USP é porque é possível trabalhar e concluir em seis anos, então pode ser maçante, pode ser cansativo, mas é uma coisa que existe a possibilidade, acredito que tenham muitos no noturno da USP que trabalham [...]. (Estudante 1)

> O curso noturno eu acho que tem dois pontos negativos, assim, é a formação que é muito longa, cansativa, né, são 16 semestres, e outra que é um curso que inicia só no segundo semestre, então é uma turma por ano, e daí tem aquele esquema de o aluno que roda, ele atrasa muito o curso, né, porque só depois de um ano que ele vai poder fazer aquela cadeira que ele rodou. (Estudante 2)

> […] acho que eu não sairia do noturno se o tempo fosse reduzido, se fossem seis anos, seis anos e meio, mas oito... (Estudante 3)

A estrutura curricular do curso noturno, composta por atividades de ensino oferecidas exclusivamente no período noturno, de segunda a sexta-feira, faz com que sejam necessários 16 semestres de duração para contemplar a carga horária total do curso. A estrutura curricular também foi um dos motivos mais citados por estudantes de Odontologia para justificar a insatisfação com o curso na Universidade Estadual da Paraíba (CAVALCANTI et al., 2010).

A evasão do curso noturno também foi relacionada à necessidade individual dos estudantes de se adaptarem ao horário de estudo.

> […] eu acordava umas 7 horas e vinha estudando o dia inteiro, daí chegava de noite já estava meio cansada. (Estudante 5)

Willcoxson, Cotter e Joy (2011) investigaram as diferenças entre perspectivas de estudantes que abandonaram seus cursos em diferentes etapas e observaram que as maiores preocupações dos estudantes do primeiro ano referem-se ao compromisso com o curso, expectativas de ensino e de apoio à aprendizagem e confiança acadêmica. A gestão do tempo e engajamento social também foram questões importantes entre universitários nesse primeiro ano de curso. Tais questões sobre as adaptações pessoais dos estudantes para cumprir as atividades do curso também foram identificadas nas falas dos estudantes do curso noturno de Odontologia da UFRGS.
A oportunidade de realizar a transferência interna e, assim, passar para o curso de Odontologia diurno da UFRGS e concluir a formação em menos tempo também foi um motivo destacado para a saída do curso noturno.

> Na verdade, eu não ia sair, eu ia continuar [no noturno], até que um dia divulgaram que tinha aberto duas vagas para fazer uma transferência interna, [...]. E até então nunca tinha pensado em sair do noturno, fazer vestibular de novo, alguma outra coisa. Eu ia continuar no curso. [...] se eu passasse para o diurno teria que largar meu trabalho e ia ter que ficar só estudando de dia, ou eu continuava trabalhando de dia e estudava de noite, que era o que eu queria, só que quando eu tive essa ideia de trabalhar de dia e estudar de noite eu não contava que fossem oito anos de curso, porque quando eu me inscrevi eu não sabia disso, e daí depois começou a pesar, depois comecei a sentir que realmente oito anos ia ser bastante pra mim. (Estudante 2)

Na percepção dos professores, a saída do curso noturno não teve relação com sua qualidade e característica de atividades de ensino oferecidas exclusivamente no turno da noite, mas, sim, com a disponibilidade do estudante para frequentar um curso diurno e sua expectativa de graduar-se em menos tempo.

> [...] Talvez não gostaram de estudar à noite [os estudantes que evadiram], considerando o tempo todo que esse curso levaria, e acho que os estudantes trabalhadores que vêm à noite, que se dispuseram a fazer um vestibular e fazem todo o sacrifício para estar aqui, não vão evadir. (Professor 8)

É fundamental que, além de oferecer um curso desafiador e significativo para o estudante, a universidade se comprometa com a melhoria permanente das estratégias de ensino-aprendizagem e contemple programas contínuos que auxiliem os estudantes a identificar usos para as habilidades e os conhecimentos que eles desenvolveram durante a graduação (WILLCOXSON; COTTER; JOY, 2011).
Pensando em como a saída do curso poderia ter sido evitada, os estudantes elencaram como fatores importantes: ter um bom emprego durante o dia, poder cursar disciplinas em que reprovou no semestre seguinte (no curso diurno ou no noturno) e menor tempo de duração do curso.
Oferecer um curso noturno constitui-se um desafio que exige preparação da instituição de ensino em relação às condições oferecidas a esse estudante, ao significado de estudar à noite e trabalhar, à comparação entre cursos diurno e noturno e à equalização das oportunidades de estudo que o curso oferece ao estudante trabalhador e não trabalhador (VARGAS; PAULA, 2013).

Considerações finais

As políticas de ampliação do acesso à universidade devem ir além do aumento do oferecimento de novas vagas, ocupando-se, também, com a equidade do acesso, formação de qualidade e permanência do estudante no curso até sua conclusão. Nesse sentido, no presente artigo foram

analisadas a ocorrência de evasão no curso noturno de Odontologia da UFRGS e a percepção de estudantes e professores sobre esse fenômeno, entendendo que a evasão não é um processo exclusivo do estudante, mas também da instituição de ensino.

No período estudado, observou-se que 24 dos 121 estudantes saíram do curso noturno de Odontologia sem sua conclusão. A maioria desses estudantes que se evadiram seguiu cursando Odontologia no curso diurno da mesma instituição. A saída do curso foi relacionada ao seu tempo de duração de oito anos (considerado muito longo), adaptações individuais em relação à rotina de estudos e oportunidade de transferência interna para o curso diurno.

Ter um bom emprego durante o dia, poder cursar disciplinas no semestre seguinte, em caso de reprovação, e menor tempo de duração do curso são fatores que, na percepção dos estudantes, podem influenciar a permanência no curso.

A análise aqui apresentada deve ser incorporada ao processo de acompanhamento do curso noturno de Odontologia da UFRGS, sendo seus resultados divulgados e discutidos com a comunidade acadêmica da Faculdade de Odontologia, no sentido de poder subsidiar a gestão do curso na proposição de estratégias para a permanência e conclusão do estudante que ingressa no curso noturno.

Referências

ARROYO, M. G. A universidade, o trabalhador e o curso noturno. **Univ. soc. (Brasília)**, Brasília, v. 1, p. 25-32, fev. 1991.

AL-AMRI, M. et al. Significance of primary factors influencing students' performance at the College of Dentistry, King Saud University, Saudi Arabia. **J. Pak Med. Assoc**., Karachi, v. 62, no. 8, p. 816-821, Aug. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011.

BRASIL. Ministério de Educação e Cultura. Comissão Especial sobre Evasão nas Universidades Públicas. **Diplomação, retenção e evasão nos cursos de graduação em instituições de ensino superior públicas**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. **REUNI - Reestruturação e Expansão das Universidades Federais:** Diretrizes Gerais. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/diretrizesREUNI.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

CARDOSO, C. B. **Efeitos da política de cotas na Universidade de Brasília**: uma análise do rendimento e da evasão. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília.

CAVALCANTI, A. L. et al. Motivos de ingresso e de evasão dos acadêmicos de odontologia de uma instituição pública. **Rev. Fac. Odontol. Araraquara**, Araraquara, v. 39, n. 2, p. 95-99, mar./abr. 2010. Disponível em: <http://www.revodontolunesp.com.br/files/v39n2/v39n2a05.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

FEUERWERKER, L.; ALMEIDA, M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! **Rev. ABENO**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 14-16, 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GOMES, M. J. et al. Evasão acadêmica no ensino superior: estudo na área da saúde. **Rev. bras. pesqui. saúde**, Vitória, v. 12, n. 1, p. 6-13, 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/278/191>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MACEDO, A. R. et al. Educação superior no século XXI e a reforma universitária brasileira. **Ensaio: aval. pol. públ. educ**., Rio de Janeiro, v. 13, n. 47, p. 127-148, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v13n47/v13n47a02.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. **Rev. ABENO,** Brasília, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/aadm/adm/imgs/mudan%E7as%20nos%20cursos%20de%20odontologia%20e%20a%20intera%E7%E3o%20com%20o%20sus.doc.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SALIBA, N. A. et al. Organização curricular, evasão e repetência no curso de odontologia: um estudo longitudinal. **Rev. Fac. Odontol. Araraquara**, Araraquara, v. 35, n. 3, p. 209-214, 2006. Disponível em: <http://revodontolunesp.com.br/files/v35n3/v35n3a14.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

SILVA, E. T. et al. Factors influencing students' performance in a brazilian dental school. **Braz. dent.** j., Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 80-86, 2010.

SILVA FILHO, R. L. L. et al. A evasão no ensino superior brasileiro. **Cad. pesqui.**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 641-659, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0737132.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

SOUZA, J. M. **Trajetória do estudante no curso noturno de odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**: perfil do ingressante, situação acadêmica e motivos de retenção e evasão. 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

TINTO, V. Dropout from higher education: a theoretical synthesis of recent research. **Rev. educ. res.**, Washington, v. 45, no. 1, p. 89-125, Winter 1975.

TOASSI, R. F. C. et al. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian National Health System (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.17, n. 45, p.385-392, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop1213.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia. **Projeto Político Pedagógico Curso de Odontologia Noturno**. Porto Alegre: UFRGS, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Relatório REUNI/UFRGS**. Porto Alegre: UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/prograd/prograd-1/artigos/RelatorioREUNI2012.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2016.

VARGAS, H. M.; PAULA, M. F. C. A inclusão do estudante-trabalhador e do trabalhador estudante na educação superior: desafio público a ser enfrentado. **Avaliação (Campinas; Sorocaba)**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 459-485, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aval/v18n2/11.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

VELOSO, T. C. M. A.; ALMEIDA, E. P. Evasão nos cursos de graduação na Universidade Federal de Mato Grosso, campus universitário de Cuiabá – um processo de exclusão. **Série-Estudos, Rev. Prog. Pós-Grad. Educ. UCDB**, Campo Grande, n. 13, p. 133-148, jan./jun. 2002.

VIDALES, S. El fracaso escolar em la educación media superior. El caso del bachillerato de una universidad mexicana. **REICE**, Madri, v. 7, n. 4, p. 321-341, 2009. Disponível em: <http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol7num4/art16.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

WILLCOXSON, L.; COTTER, J.; JOY, S. Beyond the first-years experience: the impact on attrition of student experiences throughout undergraduate degree studies in six diverse universities. **Stud. high. educ. (Dorchester-on-Thames)**, England, v. 36, no. 3, p. 331-352, May 2011.

YEPES, F. L. et al. Factores causales de la deserción estudiantil en el pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia de 1997 a 2004. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq.**, Medelin, v. 19, n. 1, p. 35-48, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Pesquisa

O agir profissional de equipes de saúde e a atenção a gestantes no Sistema Único De Saúde

Janice Castilhos Gomes[1]
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi[2]
Cristine Maria Warmling[3]

Resumo

Neste estudo propõe-se a analisar o agir em competência de equipes de saúde da família na produção do cuidado de gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) de uma região de saúde no estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de caso do tipo único e integrado com múltiplas unidades de análise. Utilizou-se abordagem metodológica predominantemente qualitativa. Os dados foram produzidos por meio da realização de sete grupos focais, em sete equipes de saúde da família, com saúde bucal de seis municípios da região analisada. Todas as equipes do estudo passaram pela avaliação no primeiro ciclo do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) no ano de 2012. Foram ouvidos 22 trabalhadores da atenção básica – sete médicos, sete enfermeiras e oito cirurgiões-dentistas. O estudo valeu-se também dos dados secundários produzidos na avaliação do PMAQ. A base referencial teórica de produção e análise dos dados encontra-se fundamentada na ergologia, especialmente no agir em competência descrito por Schwartz (2010). A condução do grupo focal ocorreu com a ajuda de um instrumento de pesquisa baseado nos ingredientes do agir em competência na produção do cuidado das equipes de saúde entrevistadas. Os dados produzidos pelo estudo foram analisados com a ajuda do programa de análise qualitativa NVivo. Os resultados encontrados demonstram que a convivência das equipes de saúde da família com médicos especialistas de maneira não integrada conduzem à livre demanda, ao atendimento médico-centrado,

1 Psicóloga da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da UFRGS

2 Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

3 Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). crismwarmling@gmail.com.br

à priorização de exames e procedimentos, afeta o uso dos protocolos e torna a estratégia de saúde da família coadjuvante no cuidado. Verificou-se a presença de concepções de saúde e doença com discurso prescritivo a respeito da individualidade e autonomia das mulheres. Quanto à realidade observou-se que a alta rotatividade, precariedade de vínculos empregatícios e sobrecarga de trabalho dificultam inovações e o trabalho em equipe. Foram relatadas dificuldades na manutenção das reuniões de equipes e insuficiência de mecanismos de planejamento e decisão no âmbito local. Conclui-se que contradições encontradas entre dados quantitativos provenientes da avaliação do PMAQ com resultados qualitativos produzidos pelos grupos focais, levam à constatação da importância de realização de estudos que produzam a complementaridade de perspectivas quantitativas e qualitativas.

Palavras-chave: Saúde da Família. Gestantes. Competência Profissional. Sistema Único de Saúde. Medicalização.

Abstract

This study aimed to analyze the competence to act of family health teams in the provision of care to pregnant women in the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) in a health region in the state of Rio Grande do Sul. This is a single case study with multiple units of analysis. Our methodological approach was predominantly qualitative. Data were obtained from a series of seven focus groups conducted with seven family oral health teams from six municipalities of the analyzed region. All teams were evaluated in the first cycle of the Program for Access and Quality Improvement (Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade, PMAQ) in 2012. A total of 22 primary health care professionals were included in the study: 7 physicians, 7 nurses, and 8 dentists. This study also made use of secondary data produced in the assessment of PMAQ. The theoretical background of data production and analysis was founded on ergology, especially on the competence to act described by Schwartz and Durrive (2010). The conduction of the focus group occurred using a research instrument based on the elements of competence to act in the provision of care by the interviewed health care teams. Data from the study were analyzed using the qualitative analysis software NVivo. The results of our study show that the interaction of family health teams with specialty physicians in a non-integrated manner leads to on-demand and physician-centered care, prioritization of tests and procedures, affects the use of protocols and makes family health strategy to play a secondary role in care. There was the presence of conceptions on health and disease that show a prescriptive discourse about women's individuality and autonomy. Working reality showed that high staff turnover, poor employment relationships, and work overload hamper innovations and teamwork. Participants reported difficulties in maintaining team meetings and lack of planning and decision-making mechanisms at the local level. We conclude that the contradictions found between quantitative data from the assessment of PMAQ and qualitative results obtained from focus groups reveal the importance of conducting studies with a complementary approach between quantitative and qualitative perspectives.

Keywords: Family Health. Pregnant Women. Professional Competence. Unified Health Service. Medicalization.

Resumen

El estudio buscó analizar el actuar en competencia de equipos de salud de la familia en la prestación del cuidado a embarazadas atendidas en el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño de una región de salud en el estado de Rio Grande do Sul. Se trata de un estudio de caso único e integrado con múltiplas unidades

de análisis. Se utilizó un abordaje metodológico predominantemente cualitativo. Los datos se obtuvieron por medio de la realización de siete grupos focales en siete equipos de salud bucal de la familia de seis municipios de la región analizada. Todos los equipos del estudio pasaron por la evaluación en el primer ciclo del Programa de Mejora de Acceso y Calidad (Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade, PMAQ) en 2012. Se incluyeron en el estudio 22 trabajadores de la atención básica — 7 médicos, 7 enfermeras y 8 cirujanos dentistas. El estudio se valió también de los datos secundarios producidos en la evaluación del PMAQ. La base referencial teórica de producción y análisis de los datos se encuentra fundamentada en la ergología, especialmente en el actuar en competencia descrito por Schwartz y Durrive (2010). La conducción del grupo focal ocurrió con la ayuda de un instrumento de investigación basado en los ingredientes del actuar en competencia en la prestación del cuidado de los equipos de salud entrevistados. Los datos producidos por el estudio se analizaron con la ayuda del programa de análisis cualitativo NVivo. Los resultados encontrados demuestran que la convivencia de los equipos de salud de la familia con médicos especialistas de manera no integrada conduce a la libre demanda, a la atención centrada en el médico, a la prioridad a pruebas y procedimientos, afecta el uso de los protocolos y vuelve la estrategia de salud de la familia en coadyuvante en el cuidado. Se verificó la presencia de concepciones de salud y enfermedad con discurso prescriptivo acerca de la individualidad y autonomía de las mujeres. En cuanto a la realidad de trabajo, se observó que la alta rotación, la precariedad de los vínculos laborales y la sobrecarga de trabajo dificultan innovaciones y el trabajo en equipo. Se relataron dificultades en la manutención de las reuniones de equipos e insuficiencia de mecanismos de planeamiento y decisión en el ámbito local. Se concluye que las contradicciones encontradas entre datos cuantitativos provenientes de la evaluación del PMAQ con resultados cualitativos producidos por los grupos focales revelan la importancia de la realización de estudios que produzcan la complementaridad entre las perspectivas cuantitativas y cualitativas.

Palabras clave: Salud de la Familia. Mujeres Embarazadas. Competencia Profesional. Sistema Único de Salud. Medicalización.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado pela Constituição de 1988, originou uma das políticas sociais mais importantes do país. O desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que compõem o SUS constitui-se em estratégia prioritária para a sua consolidação, caracterizando-se pelo fortalecimento das relações entre os pontos de atenção que compõem o sistema de saúde. Acredita-se que os vínculos de solidariedade e cooperação entre os serviços possam qualificar o cuidado. Mas o centro de comunicação deve situar-se na atenção básica que deve realizar e coordenar o cuidado por ser o ponto mais próximo de onde vive a população (BRASIL, 2010).

Dentre as redes temáticas prioritárias na política nacional de saúde está a Rede Cegonha, estratégia destinada a qualificar a atenção materno-infantil. Deve ser desenvolvida por meio de ações conjuntas das Políticas de Saúde da Mulher e da Criança (BRASIL, 2011a). O acesso à atenção pré-natal aumentou, mas com ele também a medicalização da saúde da gestante, registrando-se alto número de cesáreas no Brasil. Verifica-se que a ampliação dos níveis de cobertura de pré-natal não está impactando a melhoria de qualidade da atenção (VICTORA et al., 2011).

No ranking da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil aparece em segunda colocação entre os países com mais cesarianas em relação ao total de nascimentos. Entre os anos de 2000 e 2010, do total de partos realizados, 43,8% foram por cesariana. O índice de cesáreas realizadas no país ultrapassa em muito os 15% considerados adequados pela OMS, com maior concentração na rede privada, que atualmente faz 80% dos partos por cesariana. Na rede pública, os partos por cirurgia são em torno de 40%, considerando-se o número total. O índice de nascimentos prematuros também é alto no Brasil (10%), quando o aceitável internacionalmente é de 3%. Reduzir esses números é um dos maiores desafios

para a organização das políticas públicas brasileiras (JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO, 2014).
O panorama no estado do Rio Grande do Sul, cenário deste estudo, não é diferente do brasileiro. O percentual de cesáreas foi de 62% e de 52,3% na região onde foi realizado o estudo, no ano de 2012. No Estado, 71,1% das gestantes atendidas realizam sete ou mais consultas e na região da pesquisa esse percentual é um pouco inferior (67,1%) (RIO GRANDE DO SUL, 2012).
Para superar esses problemas indica-se realizar a atenção à saúde da mulher durante o pré-natal por meio de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias. A rede de cuidados deve promover o acesso aos serviços de forma integrada às ações de promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2006). Porém, para que os serviços de saúde na atenção básica coordenem o cuidado é preciso que resolvam problemas relativos ao processo de trabalho das equipes. No cotidiano, os profissionais enfrentam ainda grandes desafios para se comporem e se manejarem como equipes (BRASIL, 2011a).
Por indução do monitoramento e avaliação de processos e resultados têm sido realizados esforços para a melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica à saúde. O principal objetivo é de corresponsabilizar todas as esferas da gestão da saúde, reforçando o caráter educativo, não punitivo e/ou burocrático das políticas (BRASIL, 2005). Nesse sentido, foi desenvolvido o Programa Nacional, Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade (PMAQ), o qual situa a avaliação como estratégia para a tomada de decisão. A avaliação e o monitoramento não podem estar centrados apenas nos instrumentos geradores de informação, ou seja, os dados/indicadores produzidos, mas devem ajudar as equipes a aumentarem sua capacidade de análises, de replanejamento dos processos de trabalho (BRASIL, 2011b) e do agir profissional.
Os trabalhadores, ao realizarem qualquer atividade de trabalho, colocam em ação saberes que lhes são exclusivos por não estarem prescritos em protocolos. São os saberes tácitos que lhes conferem competências para atuarem com as singularidades que as situações de trabalho exigem. Enfatizam-se as capacidades de enfrentamento de situações imprevistas ou eventos, com autonomia e responsabilidade (RAMOS, 2007). Há dificuldade para definir a noção de competência, pois os limites de uma situação de trabalho não são descritíveis, mas imprecisos. Em uma situação sempre está previsto o enfrentamento de um conjunto de singularidades. Para o "agir em competência", certo número de ingredientes é exigido de cada trabalhador em atividade. Há necessidade de colocar em sinergia os ingredientes no ato de se trabalhar. Cada trabalhador os articula à sua maneira, considerando sua história de vivências e valores (SCHWARTZ, 2010).
O contexto descrito fundamenta o presente estudo, justificando o objetivo principal da pesquisa que é de investigar os processos de trabalho das equipes de saúde da família, visando compreender o agir em competência na produção do cuidado à saúde das gestantes. Também se pretende contribuir para a elaboração de futuras propostas de educação permanente em saúde, com base no agir em competência dos trabalhadores.

Percurso metodológico

Compõe-se de um estudo de caso do tipo único e integrado com múltiplas unidades de análise (YIN, 2010). Os cenários da pesquisa foram seis municípios da Região Sete de Saúde do Rio Grande do Sul (RS) que aderiram à avaliação do PMAQ no 1º ciclo no ano de 2012 e que possuíam equipes de saúde da família com saúde bucal.
Definiram-se como participantes os profissionais da atenção básica de nível superior (médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros) que atuavam em estratégias de saúde da família avaliadas pelo PMAQ, considerando-se também a representatividade dos diferentes escores de avaliação do PMAQ encontrados (insatisfatório, mediano, acima da média, muito acima da média).
A saturação ou o reconhecimento de que os dados colhidos eram suficientes para a explicação do problema foi adotado como critério de avaliação para definição do tamanho da amostra (CANZIONERI, 2010).
Previamente ao início da pesquisa apresentou-se a proposta aos Gestores Municipais nas Comissões

Intergestores Regional (CIR), acordando-se com os Coordenadores das Equipes de Saúde dos municípios os objetivos da pesquisa e o referencial teórico/prático adotado.
Os dados foram produzidos mediante realização de sete grupos focais em seis municípios. Foram ouvidos um total de 22 trabalhadores (sete médicos, sete enfermeiras e oito cirurgiões-dentistas). Um coordenador e um ou dois relatores compuseram a equipe de pesquisa nos grupos focais. As informações foram filmadas, gravadas e transcritas. Os encontros duraram em torno de uma hora (POPE; MAYS, 2009). Para a orientação da condução do grupo focal foi produzido um roteiro (Quadro 1) com base na teoria do agir em competência de Schwartz (2010).
O estudo também se valeu de análises de dados secundários do Módulo II do instrumento de avaliação do PMAQ, o qual contém itens referentes aos processos de educação permanente, planejamento e protocolos resultados (Tabela 1).
Os dados produzidos pelo estudo foram analisados com o auxílio do programa de análise qualitativa NVivo. Foram usados os fundamentos epistemológicos da análise do discurso, que objetiva trabalhar o sentido e não apenas o conteúdo do texto; um sentido não traduzido, mas produzido, e que articula o linguístico com o social e o histórico (CAREGNATO, 2006).

Procedimentos éticos

A pesquisa foi avaliada pela Plataforma Brasil e obteve parecer favorável (Parecer nº 400.154 - 12/09/2013). O projeto de pesquisa obedeceu à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Foi submetido à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina/UFRGS e ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFRGS.
Os sujeitos que concordaram em participar fizeram-no mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via do termo de consentimento ficou com cada participante e a outra foi devolvida aos pesquisadores.
Foi garantido o anonimato a todas as pessoas que participaram do estudo, não sendo revelado nenhum dado que permitisse a sua identificação.
Quanto aos procedimentos éticos, a pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e obteve parecer favorável CAAE nº 16931213.3.0000.5347.

Ingredientes	Objetivos	Questões norteadoras
Ingrediente 1: O relativo domínio de algo codificado **PROTOCOLO**	**Objetivo 1**: Compreender processos de trabalho e os protocolos do cuidado integral.	Falar sobre os protocolos mais usados e importantes para a ESF na produção do cuidado. Como acessaram os protocolos?
Ingrediente 2: O relativo domínio de algo não codificado **SINGULARIDADE**	**Objetivo 2**: Compreender singularidades da realidade do trabalho.	Falar sobre a realidade do cuidado na ESF.
Ingrediente 3: O domínio da decisão pertinente no momento certo **RENORMALIZAÇÃO**	**Objetivo 3**: Compreender situações renormalização	A ESF modifica protocolos durante a atuação? Por quê? Lembrar exemplos da realidade.
Ingrediente 4: A reconfiguração do meio em um debate de valores "**O USO DE SI POR SI**"	**Objetivo 4**: Compreender como ocorre o debate de valores de normas impostas e de valores pessoais na atividade de trabalho.	As dinâmicas do trabalho da ESF permitem a renegociação de valores e normas? Descreva e/ou dê exemplos de como e onde isso ocorreu.

Ingredientes	Objetivos	Questões norteadoras
Ingrediente 5: Em função do debate de valores desdobramentos do potencial **VALORES**	**Objetivo 5**: Compreender processos de educação Permanente.	Qual o valor/importância do trabalho para a sua vida? Como o trabalho se inclui na sua vida? A ESF participa de processos de EPS?
Ingrediente 6: A sinergia com o coletivo *EQUIPE*	**Objetivo 6**: Identificar a experiência do trabalho em equipe.	Descreva o trabalho em equipe para a produção do cuidado?

Quadro 1 - Roteiro para a condução do grupo focal dimensões do agir em competência (Schwartz, 2010) para a produção do cuidado materno-infantil.

Resultados e discussão

Convivência das equipes de saúde da família com médicos especialistas

Um primeiro ponto a ser destacado nos achados diz respeito aos significativos resultados evidenciando processos de trabalho das equipes de saúde da família com a participação dos médicos especialistas (ginecologia, pediatria e obstetrícia). A maioria das equipes entrevistadas (Esmeralda, Safira, Ágata e Rubi) relata atuar nas unidades básicas de saúde com a ajuda de especialistas.

Mas as equipes da atenção básica entrevistadas demarcam, em seus depoimentos, a ocorrência do acesso direto da população aos especialistas. Esmeralda diz ser muito difícil reverter esse modelo, pois as gestantes e puérperas estão habituadas à consulta direta com esses profissionais — "Aqui a gente tem uma pediatra. As mães e as crianças amam essa pediatra. Ela é muito dedicada, então assim, acho que reverter essa proposta ia ser um trabalho bem difícil (E3)".

Os relatos das equipes sobre os processos de trabalho demonstram que a convivência com os médicos especialistas parece fortalecer um modelo de saúde que possui como pontos centrais a priorização do atendimento médico e a livre demanda. Não preponderam relatos sobre trabalho integrado e de forma compartilhada das equipes com os médicos especialistas. Ao se analisar as falas, percebe-se que as equipes de saúde da família e os profissionais especialistas se integram pouco no cuidado. Esse fato estimula que se desvirtue o foco da atenção centrada na família.

Por exemplo, na equipe Rubi, os cuidados básicos de responsabilidade da atenção primária, entre os quais coletas de exames citopatológicos, medição dos sinais vitais, testes rápidos de sífilis e HIV, etc., são feitos pelos médicos especialistas e/ou do pronto atendimento. A justificação da equipe é de que as deficiências programáticas da atenção prestada pela equipe de saúde da família fortalecem o atendimento dos médicos especialistas. Ainda, quanto ao não uso de protocolos e atendimentos realizados pelos profissionais especialistas, os participantes comentam:

> "O nosso [município] parece, pelo menos pelos especialistas, mas também pelo próprio ESF, consultório particular. Quem procura é o paciente, atende-se bem direitinho, conseguem [os usuários] fazer os exames. Porém não existe adscrição mesmo, de a gente saber quem é que está indo no posto, quem está faltando, isso ainda não tem (E15)".

No entanto, encontrou-se certa ambivalência nos depoimentos ao se solicitar a opinião das equipes sobre o que acham do compartilhamento do processo de trabalho com os especialistas. Em alguns momentos, as equipes consideram positiva essa convivência, principalmente no que se refere às questões do enfrentamento da alta demanda populacional por atendimento, mas também pela segurança que o apoio técnico do especialista oferece. Porém, fica evidenciado nas falas das equipes que as diretrizes de trabalho da Estratégia Saúde da Família encontram-se distorcidas devido à

presença marcante dos especialistas. De ordenadoras do cuidado, as equipes da ESF passam a um papel coadjuvante do atendimento dos médicos especialistas, realizando o acompanhamento no território e as atividades preventivas das gestantes, puérperas e bebês.

A promoção de mudanças na organização do trabalho "médico-cêntrico" não ocorre apenas com a constituição de equipes multiprofissionais como núcleo da produção da assistência, mas trata-se de produzir mudanças dos sujeitos envolvidos com o trabalho. É preciso associar às novas configurações tecnológicas uma nova ética, com base em valores de "solidariedade, cidadania e humanização da assistência", por exemplo (FRANCO; MERHY, 2006, p. 116). Mas, as mudanças nos modelos de atuar ocorrem por um processo a partir de discussões e mobilização, principalmente dos trabalhadores e usuários, os principais sujeitos de uma nova organização do processo de produção do cuidado. Mudar o modelo produtivo da saúde significa mudar "os modos de fazer" na assistência, com sentidos diferentes dos que existem no modelo "médico hegemônico" (FRANCO; MERHY, 2005, p. 9).

Safira refere que mesmo com a atuação do médico comunitário na equipe de Estratégia Saúde da Família as gestantes continuam consultando diretamente o especialista em ginecologia que atua junto à única Unidade de saúde do município. Constata-se, nos relatos das equipes, que esse tipo de situação vivenciada por Safira enfraquece a aplicação dos protocolos de planejamento preconizados pelo modelo da ESF, interferindo no vínculo precoce com as mulheres de responsabilidade da equipe de saúde. Safira defende que é difícil mudar as concepções da população sobre a ESF. Na avaliação da equipe, para isso é preciso mudar também características na gestão das próprias políticas públicas municipais. As equipes reforçam que é difícil transformar o modo de cuidar sem a base de apoio e defesa do modelo partindo da gestão.

> "[...] vou resumir em poucas palavras o que eu ouvi, acho que no segundo ano que eu estava aqui, de um gestor, que a ESF não é prioridade, que a prioridade era o plantão e nós éramos um 'plus' a mais. Então, eu acho que isso para mim já diz tudo que a ideologia não é a prevenção [...] (E4)".

Chama a atenção também nos relatos das equipes, descrevendo a coexistência de atuação da ESF e dos especialistas, a ênfase nas dificuldades da presença dos especialistas nas reuniões de equipe. Parece não haver compartilhamento por parte dos atores do cuidado, de certa forma, reforçando e legitimando processos de trabalho parcelares e fragmentados entre equipes e especialistas.

A mudança radical do modo de produzir saúde será um processo construído por sujeitos cujo imaginário se distancie daquele preconizado no modelo médico-centrado. O desafio é tornar os trabalhadores e usuários portadores de outro sentido nas suas vidas (FRANCO; MERHY, 2006).

O USO DOS PROTOCOLOS

Conforme já mencionado, a convivência entre as equipes de saúde da família e os médicos especialistas afeta o agir em competência das equipes, e pode-se afirmar isso, em especial no que se refere à necessidade do uso dos protocolos de trabalho na saúde. Para ampliar a compreensão sobre o agir em competência das equipes é necessário verificar o papel dos protocolos para as equipes analisadas, além da forma com que se apropriam desses protocolos.

Os protocolos seguem a forma tradicional de gestão, juntamente com a Programação em Saúde e a Medicina Baseada em Evidências. Os protocolos seriam ferramentas de gestão, confeccionadas através do consenso de grupos de especialistas (CUNHA, 2010). Para Schwartz (2010, p.207), o protocolo é o primeiro ingrediente do agir em competência, seria o "relativo domínio dos protocolos em uma situação de trabalho".

Constata-se que o uso de protocolos foi relatado de forma muito diversificada nas equipes pesquisadas. De modo geral, os documentos oficiais com publicação de protocolos referidos pelas equipes foram: Manual de Pré-natal e Puerpério (BRASIL, 2006a), Caderno de Atenção Básica nº. 32 de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012), Manual Técnico de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2012b), Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança nº 33 (BRASIL, 2012c) e Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal nº 17 (BRASIL, 2008). Apenas Esmeralda e Rubi referem não utilizar protocolos oficiais de atenção à gestante, bebê e puérpera.

Para realizar a análise dos protocolos foram relacionados os dados qualitativos encontrados neste estudo aos resultados quantitativos obtidos na avaliação do desempenho do primeiro ciclo do PMAQ, especialmente os obtidos no Módulo II do instrumento, com itens que se referem aos processos de educação permanente, planejamento e protocolos (Tabela 1).

Em relação ao PMAQ, a avaliação das equipes foi realizada a partir de cinco escores de desempenho: muito acima da média, acima da média, mediano, insatisfatório e excluído (BRASIL, 2012). As equipes analisadas neste estudo encontram-se assim avaliadas nesse ciclo do PMAQ: Rubi (insatisfatório), Ágata (mediano), Esmeralda e Safira – (acima da média) e Diamante e Onix (muito acima da média).

Tabela 1 – Resultados avaliação do PMAQ/2012 das equipes analisadas, referente ao Módulo II do instrumento, com itens referentes aos processos de educação permanente, planejamento e protocolos.

	Ação de EPS	EPS baseada na realidade	Planejou-se no último ano	AI*	Reunião equipe	Protocolo pré-natal	Protocolo crianças <2 anos	Atenção gestantes Vulneráveis
Rubi	Não	---	Não	Sim	Mensal	Não	Não	Sim
Ágata	Sim	Sim	Sim	Sim	Semanal	Não	Não	Sim
Diamante / Ônix	Sim	Não	Sim	Sim	Semanal	Sim	Sim	Sim
Esmeralda	Sim	Não	Sim	Sim	Semanal	Sim	Sim	Sim
Safira	Sim	Sim	Sim	Não	Semanal	Sim	Sim	Sim

Fonte: PMAQ/2012.

* AI – Apoio Institucional

Diamante e Ônix, que referem não atuar com a presença de médicos especialistas nas unidades de saúde, apresentam relatos com uma forte ênfase no uso e reconhecimento dos protocolos do Ministério da Saúde, e relatam criar próprios protocolos adequados a sua realidade local. O cuidado integral realizado pelas equipes citadas foi obtido pela defesa da Estratégia de Saúde da Família enquanto ordenadora do modelo de atenção e responsável pelo cuidado das famílias do território. São as únicas equipes que obtiveram os resultados muito acima da média na avaliação do PMAQ (Tabela 1).

As equipes Safira e Esmeralda obtiveram o desempenho considerado acima da média na avaliação do PMAQ (Tabela 1), porém, essas equipes referem ênfase nas práticas de atendimento por médicos especialistas.

Contrariando o informado sobre uso de protocolos na avaliação do PMAQ (Tabela 1), a equipe Esmeralda afirma não os usar, detectando-se aí certa incongruência de informações.

A equipe Ágata, obteve desempenho na avaliação do PMAQ mediano ou pouco abaixo da média, porém, de modo contrário, no grupo focal, refere utilizar os protocolos do MS, e no PMAQ, não (Tabela 1). Isso pode estar relacionado à mudança do profissional médico da equipe entre o período de avaliação do PMAQ e aplicação do grupo focal. No momento, o atendimento médico está sendo realizado através de médico intercambista do Programa Mais Médicos.

Quanto à equipe Rubi, que na avaliação do PMAQ (Tabela 1) obteve desempenho insatisfatório, coincide com os resultados encontrados no PMAQ sobre uso dos protocolos, em relação aos relatados no presente estudo, descrevendo o não uso do protocolo. Já, o atendimento médico é realizado exclusivamente pelos profissionais médicos especialistas.

Compreende-se, de acordo com Campos (2007), que um projeto no campo da saúde coletiva não deva ser avaliado apenas pelo resultado final, mas também pelos efeitos produzidos durante sua concepção e execução, e que qualquer julgamento centrado apenas em resultados finais poderá ser estreito. Assumindo-se que a quantidade possa ou não mascarar aspectos importantes da realidade, deseja-se ampliar a concepção de indicadores (enquanto medidas) com informações relevantes sobre o desempenho do sistema de saúde. Ainda é necessário avançar na criação de indicadores de monitoramento e avaliação capazes de identificar as transformações no âmbito da produção de sujeitos (SANTOS FILHO; BARROS, 2009).

Conhecimento da realidade

Assume um valor importante a questão de conhecer o ingrediente do agir profissional das equipes referente a quanto elas conhecem e se apropriam da realidade onde atuam.

Por se tratar de municípios de uma região de saúde, em que há muitas empresas calçadistas, curtumes e fábricas, grande parte das equipes refere que suas gestantes utilizam pequenos planos privados ou pagam consulta particular. As equipes também referem dificuldades das gestantes em participar dos grupos e consultas devido ao tempo de deslocamento e possível perda do dia de trabalho. Na maior parte das equipes pesquisadas, a amamentação exclusiva é dificultada porque muitas mães estariam por retornar ao trabalho no final da licença maternidade. Quase a totalidade das equipes cita a dificuldade de captação precoce das gestantes na realidade da região porque possuem muitas adolescentes grávidas que "escondem" a gravidez até onde podem devido ao trabalho nas fábricas ou devido à dificuldade de liberação pelas empresas para a realização das consultas e acompanhamento de pré-natal.

Essa realidade social exige competência das equipes para a negociação junto às empresas da região para a liberação das gestantes do trabalho. Porém, os relatos demonstram que a metade das equipes pesquisadas (Esmeralda, Safira e Ônix) está com número excessivo de população para a sua área de abrangência, o que dificulta o processo de trabalho e a produção do cuidado às gestantes, puérperas e bebês.

Outra questão que preocupa é o alto índice de cesáreas em todas as equipes e municípios pesquisados e o número elevado de gestações da adolescência, devido ao risco de prematuridade, baixo peso dos bebês e possibilidade de internação em UTI Neonatal e óbito neonatal (até 28 dias) (VICTORA et al, 2011).

Por sua vez, Safira e a Esmeralda salientam a convivência com processos de migração social na sua área de abrangência. Isto acaba, na opinião das equipes, complicando o acompanhamento das gestantes que chegam à área em estágio adiantado da gestação, aumentando o número de nascimentos previstos.

Sobre a composição das equipes, todas relatam algum tipo de ausência de profissional na composição da equipe mínima, em sua maioria agentes comunitários de saúde. No entanto, também citaram técnico de enfermagem, enfermeiro e auxiliar de saúde bucal. Além disso, a quase totalidade das equipes ressaltaram a questão da rotatividade e precariedade de vínculos. Os depoimentos de Diamante, a equipe que apresenta menor rotatividade e o trabalho em equipe mais fortalecido, mostraram o quanto esse é um aspecto que afeta o agir em competência de equipes de saúde: — "[...] mas nós estamos juntas desde o começo (E7). A gente que já está assim há um bom tempo juntos tem que ter uma integração muito grande (E8)". Essa equipe possui vínculos estáveis e os profissionais atuam juntos há nove anos, verdadeiramente uma exceção nos casos apresentados. De modo similar, Ônix, do mesmo município, apresenta vínculos estáveis e bons resultados de trabalho.

Um dado a ser analisado diz respeito à forma com que as equipes compreendem os conceitos de saúde da população e como procuram explicar questões sociais e/ou antropológicas das comunidades que vivenciam, especialmente em relação à mulher. Na questão do aleitamento, por exemplo, a dificuldade de

aleitamento exclusivo foi justificada por grande parte das equipes analisadas pela "cultura do leite fraco" ou porque as mulheres não querem amamentar. A questão que se apresenta é até que ponto as equipes compreendem as concepções de saúde e doença cultura das usuárias gestantes?

A Rede Cegonha possui desafios de diferentes ordens. Um deles é a capacidade de constituir políticas que reconheçam as distinta concepções de saúde e doença, dentre as quais as de parto, que fazem parte da cultura e tradição nas diferentes realidades no País. Se por um lado apresenta-se como uma política que busca efetivar o direito de acesso universal à saúde por outro possui o desafio de humanizar a atenção a mulher no pré-natal e no parto (CARNEIRO, 2013).

Nas falas das equipes estudadas, Safira e Ágata, o acesso as seis ou mais consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde fica dificultado devido ao fato de as equipes só conseguirem acessar as gestantes em estágio mais avançado de gravidez.

Relativo à oferta de exames às gestantes, na maior parte das equipes (Diamante, Ônix, Safira e Esmeralda) pesquisadas, não houve relato de dificuldade pelos profissionais. Rubi e Ágata referem o pagamento de exames para as gestantes. Também se constatou a não oferta de Teste Rápido de Sífilis e HIV por Esmeralda, apesar de terem realizado a capacitação ofertada pela SES. Em Rubi, embora não efetivado na estratégia de saúde da família, o Teste Rápido para gravidez, sífilis e HIV é ofertado no Pronto Atendimento.

A capacidade de articular a realidade com o protocolar define o agir em competência das equipes. Se, por um lado, os protagonistas das atividades necessitam dos saberes disciplinares, por outro testam e avaliam esses conhecimentos e os colocam em confronto com os demais saberes e experiências gerados. Poder-se-ia considerar que esse é um processo sem fim (SCHWARTZ, 2011).

Educação permanente como debate de valores

Quanto à qualificação para a saúde coletiva, dos vinte e dois trabalhadores das equipes entrevistadas apenas treze possuem aperfeiçoamento na área. Destaca-se que nas duas equipes (Diamante e Ônix), em que todos os elementos apresentam formação na área da saúde coletiva, são equipes que também possuem os melhores escores de avaliação do PMAQ, assim como os processos de trabalho descritos nos grupos focais um agir em competência mais voltado ao planejamento a partir do modelo de saúde da família.

Partindo-se da compreensão de educação permanente enquanto aprendizagem significativa que promove e produz sentido e transformação das práticas profissionais, conclui-se que deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Portanto, um dos aspectos centrais da educação permanente é que seus métodos devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (CECCIM, 2004). Quanto a isso, não se encontrou relatos das equipes nos grupos focais realizados que apresentassem processos e práticas de educação permanente no sentido descrito. Porém, diferentemente do referido neste estudo pelas equipes, na avaliação do PMAQ as duas equipes (Safira e Ágata) afirmam que os processos de EPS que vivenciam contemplam as realidades (Tabela 1).

Pelos relatos dos grupos focais são raros, nos serviços/equipes analisados, espaços onde ocorram problematizações das realidades locais e processos de trabalho e singularidades. Pelo contrário, aparecem falas marcadas pela dificuldade de escuta da gestão, no que se refere à produção do cuidado, das mais variadas ordens, desde dificuldades técnicas, de fluxos e de comunicação entre serviços ou relativas ao processo de trabalho. Observa-se, aqui, que as equipes citam a separação entre a gestão, a educação permanente e os processos de trabalho. Porém, contraditoriamente, nos dados da avaliação do PMAQ das referidas equipes (Tabela 1), apenas duas equipes relatam a não existência de reuniões de planejamento ou apoio institucional. Esse confronto faz com que se questione as concepções das equipes sobre os processos de planejamento que vivenciam.

A desvalorização dos trabalhadores aparece nos depoimentos, desde o não reconhecimento do protagonismo, pró-atividade e criatividade na construção de protocolos singulares até o desmantelamento

das equipes com ou sem substituições de trabalhadores. Para Santos e Barros (2009), o fortalecimento da gestão passa pela sua inseparabilidade da atenção, pela instalação de dispositivos que permitam o diálogo e a comunicação de forma mais participativa, por exemplo processos de educação permanente.

Apesar de os modelos de atenção e gestão exigirem, cada vez mais, participação ativa dos trabalhadores, na prática observa-se pouco reconhecimento e governabilidade das equipes, seja devido à falta de autonomia, insuficiência de mecanismos participativos de avaliação, planejamento e decisão no âmbito local, em que os conflitos institucionais são pouco problematizados e direcionados ao espaço do coletivo (SANTOS e BARROS, 2009).

Outro ponto que aparece nos relatos das equipes, que se relaciona aos processos de EPS e gestão descritos, diz respeito às recentes priorizações de políticas de avaliação de indicadores e alcance de metas, por exemplo, o PMAQ. Ônix foi uma das equipes que citou, de forma muito clara, um processo de descontentamento devido à falta de qualquer tipo de retorno às equipes — "Nós participamos de dois [ciclos do PMAQ] e a gente não tem retorno (E10)".

Para Gastão (2007), a principal forma de comprometer os trabalhadores é valorizando suas experiências e conhecimento da realidade e não os subjugando na condição de objetos. É que atividade e gestão não podem ser separadas, pois tal regime produz e é produto de sujeitos com desejos, necessidades, interesses em conjugação e conflito, em que o mundo do trabalho é criação e uso de si, mas também de luta e resistência. "Gestão não é apenas a organização do processo de trabalho, mas o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem" (SANTOS e BARROS, 2009, p. 63). Percebe-se, nos relatos, certa limitação do conceito de rede com uma valorização da "regulação dos serviços, mas deixando a desejar quanto à articulação" de atores e instâncias que compõem o sistema saúde. Deve-se superar a simples prescrição de fluxos e regras com frágeis pactos e negociações (SANTOS e BARROS, 2009, p.75).

Trabalho em equipe

Quanto às características do trabalho em equipe que desenvolvem e como conseguem constituir os momentos de convivência com o intuito de construir sinergia e fortalecimento das relações na equipe, três equipes (Ágata, Safira e Esmeralda) relatam realizar reunião de equipe de forma sistemática: Ágata, quinzenalmente; Esmeralda e Safira, semanalmente; Diamante e Ônix apresentam dificuldades de realizar reuniões de equipes de forma sistematizada, e Rubi diz que a reunião de equipe não acontece. Nos dados da avaliação do PMAQ (Tabela 1), todas as equipes afirmam realizar reuniões de equipe, inclusive Rubi.

Ágata, embora na avaliação do PMAQ tenha afirmado realizar reunião de equipe semanal, no grupo focal informou apenas recentemente estar conseguindo realizá-la de forma quinzenal. Diamante e Ônix informaram, na avaliação do PMAQ, realizar reunião semanalmente, embora no grupo focal relatem dificuldades de que as reuniões aconteçam de forma sistemática. Safira falou sobre as dificuldades de integrar todos os atores do cuidado, e Esmeralda, além disso, teceu críticas pelo espaço ser subutilizado apenas para informes e questões administrativas.

Todo o ato de trabalho na saúde coletiva só é possível se inserido em um coletivo que o autoriza e o enquadra — a equipe de saúde. Schwartz (2011) denomina as equipes de saúde como Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). São entidades porque envolvem pessoas que, ao trabalharem juntas, compartilham valores, histórias de vida, vivências. São coletivas porque são vários trabalhadores buscando realizar seu trabalho. E relativamente pertinentes para se compreender como o trabalho acontece, pois quando mudam as pessoas, também muda o conteúdo e o ritmo da atividade (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Na produção do cuidado em saúde as atividades são sempre singulares, principalmente as ações de atenção direta ao usuário, o que dificulta a simples aplicação de prescrições. Assim, as entidades

coletivas ou as equipes de trabalho na saúde coletiva se mostram através das relações que se estabelecem no coletivo, com mais ou menos cooperação, ou através de gestos e iniciativas que vão permitindo que os conhecimentos técnicos e procedimentos tenham certa eficácia. Há uma rede de relações multiprofissionais, em que a atividade de trabalho de uma equipe se integra também a outros serviços e a outras equipes. Portanto, o coletivo sempre se reconstitui conforme a necessidade do trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Embora com dificuldades para a manutenção do espaço de reunião, as equipes compreendem sua importância para organização e planejamento. A dificuldade, na opinião das equipes, estaria relacionada à demanda da comunidade, o que dificultaria o momento das reuniões de equipe. As opiniões relacionadas às reuniões mais ampliadas com as demais equipes de saúde da família do município não são muito positivas. Esmeralda relata a realização de comparações negativas entre as equipes.

A complexidade dos sistemas de trabalho aumenta nos coletivos de trabalhadores, em que cada um faz uso de si em função do coletivo, pois este faz uso de seus membros. A dialética "uso de si por si e pelos outros" funciona no âmago dos coletivos de trabalho (DURAFFOURG, 2010).

Considerações finais

A partir dos resultados obtidos destacam-se alguns aspectos que dizem respeito às formas com que as equipes da Estratégia de Saúde da Família tentam se organizar para a produção do cuidado com gestantes. Os achados evidenciam convivência dos profissionais médicos especialistas de maneira não compartilhada e integrada às equipes, afetando o uso dos protocolos, desvirtuando o modelo de atenção e tornando a estratégia de saúde da família coadjuvante no cuidado. De certa forma, isso reforça e legitima processos de trabalho parcelares e fragmentados entre equipes e especialistas, a livre demanda e o atendimento médico-centrado com priorização de exames e procedimentos. Salienta-se que onde não há presença dos médicos especialistas as equipes referiram não apenas utilizar, mas criar protocolos voltados para sua realidade. E foram essas equipes que obtiveram melhor desempenho na avaliação do PMAQ e onde os profissionais possuem vínculos de trabalho mais estáveis, com menor rotatividade (tempo médio de 4-9 anos), formação voltada à saúde coletiva, demonstrando maior sinergia no trabalho em equipe.

Quanto ao conhecimento da realidade das gestantes, as equipes demonstram certa apropriação, mas apresentam dificuldades na compreensão das concepções de saúde e doença das usuárias que cuidam. Aparece um discurso simplista e prescritivo quando não preconceituoso a respeito da individualidade e autonomia das mulheres e suas escolhas.

O estudo ressalta a questão da rotatividade e precariedade de vínculos empregatícios e a sobrecarga de trabalho, principalmente pelas enfermeiras que acumulam função de gestão e atenção nas equipes.

Em relação aos processos de educação permanente como debate de valores não se encontrou relatos, nos grupos focais, que apresentassem práticas de EPS no sentido de problematizar os processos de trabalho e, assim, mudar as formas de produzir o cuidado.

Quanto ao trabalho em equipe os resultados evidenciam que, mesmo com dificuldades para a manutenção desse espaço, as equipes compreendem e defendem sua importância para a organização e o planejamento de ações. As dificuldades relacionam-se a parar os atendimentos, a comparações entre equipes, subutilização do espaço, usado apenas para informes e administrativas e a não participação de todos os atores do cuidado. Ou seja, mesmo nas equipes em que há proposta de EPS constata-se dificuldade de operacionalizá-la de fato como transformação das práticas.

As equipes apontam, em seus depoimentos, a separação entre a gestão, a educação permanente e os processos de trabalho. São equipes que necessitam de maior integração da gestão com a atenção em espaços de problematização de seus processos de trabalho na busca de menor hierarquização das relações

e valorização dos trabalhadores, visando a um cuidado mais próximo da integralidade, longitudinalidade e protagonismo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 52 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Caderno 17 – Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 9 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011a. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jun. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.
Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.654, de 19 de julho de 2011b. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ/AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável - PAB variável**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF 20 jul. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 15 de mar. 2013.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco Cadernos de Atenção Básica, n° 32**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, nº 33**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Série A. Normas e Manuais Técnicos 5. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012c. 302 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
Acesso em: 15 de mar. 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC. 3. ed. São Paulo, 2007.

CANZIONERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CARNEIRO RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface - Comun. Saúde, Educ.* 2013;17(44):49-59.
CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004. Disponível em:
<http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo09.pdf>.Acesso em: 15 de mar. 2013.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.
Interface:omunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9, n.16, p.161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1567-1578, 2008.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p.181-193.

FRANCO, T.; MERHY, E.E. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2006.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da Ergologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.

LOURAU, R. René Lourau na UERJ - 1993. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

PASCHE, D. F. Política Nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p….., 2009.

POPE, C. MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RAMOS, M .N. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: FONSECA, A.F.; STAUFFER, A. de B. (Org.). **O Processo Histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 211 p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde**: 2012/2015. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2013. 250 p. Il.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Portal da SES/RS**: SINASC. . Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/588/2012_-_Nascidos_vivos>. Acesso em: 8 set. 2014.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M. E. B. de; (Org.) *Trabalhador da Saúde: muito prazer!* Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Coleção saúde coletiva. Reimpressão Ijuí: Ed. Unijuí, 2009. 272 p.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2010.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p.19-45, 2011.

VICTORA CG, AQUINO EML, DO CARMO LEAL M, MONTEIRO CA, BARROS FC, SZWARCWALD CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9780 ,p.1863-76, 2011.

JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO. **Cesárea freia queda de mortalidade materna diz especialista**. São Paulo, 30 jun. 2014. Ilustrada, p. 15.
Disponível em:
<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,cesarea-freia-queda-de-mortalidade-materna-diz-especialista,1521306>. Acesso em: 10 ago. 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookamn, 2010.

Pesquisa

Preceptoria como modalidade de ensino na saúde: atuação e características do preceptor cirurgião-dentista da atenção primária

Preceptorship as a teaching method in health education:role and characteristics of the dental preceptor in primary health care

Preceptoria como modalidad de enseñanza en la salud: actuación y características del preceptor cirujano dentista de la atención primaria

Patrícia Flores Rocha[1]
Cristine Maria Warmling[2]
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi[3]

Resumo

Este estudo de caso de abordagem qualitativa propôs-se a compreender a atuação do preceptor, cirurgião-dentista da Atenção Primária à Saúde, na formação em Odontologia, analisando características para a preceptoria. A pesquisa aconteceu em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A coleta de dados envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas com estudantes e preceptores (n=20), observação participante e análise documental. A preceptoria é uma modalidade de ensino na saúde reconhecida e

1 Cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Preceptora do Estágio Curricular Supervisionado I da Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. UFRGS. E-mail: pfrocha@sms.prefpoa.com.br

2 Doutora em Educação. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: cristinewarmling@yahoo.com.br

3 Doutora em Educação. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua Ramiro Barcelos, 2492, 2o andar. Porto Alegre, RS, Brasil. 90035-003. E-mail: ramona.fernanda@ ufrgs.br

presente na formação de cirurgiões-dentistas. O preceptor tem um papel fundamental na orientação, explicação, escuta e aproximação/inserção do estudante no processo de trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, sendo uma referência para o estudante no serviço. Desafios foram apontados quanto ao processo de avaliação do estudante pelo preceptor no período do estágio e quanto à formação pedagógica dos cirurgiões-dentistas para o ensino na saúde. O fortalecimento da relação universidade-serviço-preceptor deve ser (re) construído continuamente pela aproximação/apoio permanente da universidade aos preceptores.

Palavras-chave: preceptoria; educação em odontologia; educação continuada em odontologia; atenção primária à saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

This qualitative case study sought to understand the role of dental preceptors in dental training, specifically in primary health care, analyzing the characteristics required for preceptorship. The research took place in Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul, Brazil. Data collection involved the administration of semi-structured interviews with students and preceptors (n=20), participant observation, and document analysis. Preceptorship is a teaching method acknowledged in the health field and present in dental training. Preceptors play an essential role in guiding, explaining, listening, and approaching/inserting students in the interdisciplinary work process in a multiprofessional team and are a reference for students in the service. Challenges were identified with regard to the process of preceptor's evaluation of students during the internship period and with regard to the pedagogical training of dentists to provide health education. The strengthening of the university-service-preceptor relationship should be continuously (re) built with the permanent approach/support of university to preceptors.

Keywords: preceptorship; dental education; dental continuing education; primary health care; Unified Health System.

Resumen

Este estudio de caso con abordaje cualitativo buscó comprender la actuación del preceptor, cirujano dentista de la Atención Primaria de Salud, en la formación en Odontología, analizando características para la preceptoría. La investigación ocurrió en Porto Alegre, estado de Rio Grande do Sul. La recolección de datos se basó en entrevista semi-estructuradas con estudiantes y preceptores (n=20), observación participante y análisis documental. La preceptoría es una modalidad de enseñanza en salud reconocida y presente en la formación de cirujanos dentistas. El preceptor tiene un papel fundamental en la orientación, explicación, escucha y acercamiento/inserción del estudiante en el proceso de trabajo interdisciplinario en equipo multiprofesional, siendo una referencia para el estudiante en el servicio. Se señalaron desafíos respecto al proceso de evaluación del estudiante por el preceptor en el periodo de prácticas y respecto a la formación pedagógica de los cirujanos dentistas para la enseñanza en salud. El fortalecimiento de la relación universidad-servicio-preceptor debe ser (re)construido continuamente por el acercamiento/apoyo permanente de la universidad a los preceptores.

Palabras clave: preceptoria; educación en odontología; educación continua en odontología; atención primaria de la salud; Sistema Único de Salud.

Introdução

Considerado uma das maiores conquistas sociais do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa a materialização de uma nova concepção sobre saúde, sendo constituído por princípios que apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde, os quais deixaram de ser restritos e centralizados e passaram a ser universalizados e norteados pela descentralização (BRASIL, 2000). Para avançar em sua consolidação, as mudanças na formação em saúde têm estado na agenda da política do Estado, no campo metodológico e pedagógico, com propostas de reestruturação dos currículos e maior aproximação com os serviços de saúde (ABRAHÃO; MERHY, 2014). Alia-se a isso a parceria estabelecida entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde que tem possibilitado a criação de mecanismos que viabilizam a articulação entre educação superior e saúde, visando a formação de profissionais que conheçam o sistema de saúde do país e que estejam aptos para o trabalho no SUS (HADDAD et al., 2006).

Historicamente, a formação em saúde no Brasil caracterizou-se pela centralização na formação técnica e individualista, com dificuldade para criar e universalizar soluções adequadas à realidade social, priorizando práticas pedagógicas que pouco contribuíram para o desenvolvimento de uma sociedade de sujeitos sociais, construtores de sua própria história (ALMEIDA; ALVES; LEITE, 2010; MASETTO, 1998).

Nesse contexto, há mais de uma década, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área da saúde sinalizaram uma mudança paradigmática na formação de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de levar em conta a realidade social (HADDAD et al., 2006) e apontaram a necessidade desses cursos incorporarem em seus projetos pedagógicos o arcabouço teórico do SUS e as vivências junto aos serviços públicos de saúde.

Do ponto de vista legal, o SUS precisa ser entendido como um interlocutor essencial das Instituições de Ensino Superior na formulação e implementação dos projetos pedagógicos de formação profissional, e não um mero campo de estágio ou de aprendizagem prática. As DCN assumem, assim, um papel estratégico no aperfeiçoamento do SUS (MORITA; KRIGER, 2004).

Na Odontologia, as DCN (BRASIL, 2002) estabeleceram a formação do cirurgião-dentista generalista, contemplando o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe.

Buscando a formação de profissionais da saúde com esse perfil, o currículo baseado nas DCN foi implementado, em 2005, no curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), após amplo debate com a comunidade universitária. A proposta prevê o envolvimento do ensino com a rede de serviços do SUS já nos primeiros semestres da formação, com comprometimento gradativo até os dois últimos semestres (9º e 10º), quando os estágios curriculares supervisionados aparecem como principal atividade formativa discente. Esses estágios acontecem junto aos serviços de saúde do SUS (atenção primária – 9º semestre, média e alta complexidade e gestão em saúde – 10º semestre) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

Dentro dessa mudança de paradigma de formação, o estágio é considerado o ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de estudantes que estejam frequentando o ensino superior regular. Além disso, deve ter acompanhamento efetivo pelo professor orientador da Instituição de Ensino Superior (IES) e por supervisor da parte concedente (BRASIL, 2008), ou seja, o preceptor.

Preceptores são profissionais vinculados aos serviços do SUS que recebem os estudantes de graduação (RODRIGUES, 2012) e que são responsáveis por acompanhar a orientação desses estudantes no seu período de estágio. Esse processo técnico/pedagógico é desenvolvido na perspectiva da interação permanente entre as realidades vivenciadas e a sua problematização, tendo como meta a conquista de competências profissionais para atuar em equipe (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2014b).

Considerando que as redes de atenção e ensino em saúde bucal se encontram em processo de estruturação, as experiências de estágios no SUS apresentam desafios a serem superados. Um deles é a necessidade de

avanços nas discussões sobre o papel, atribuições e institucionalizações do preceptor/trabalhador da saúde (WARMLING et al., 2011).
Este estudo buscou compreender a atuação do preceptor cirurgião-dentista, trabalhador do SUS – Atenção Primária à Saúde (APS) – na formação em Odontologia, analisando as características para a preceptoria. Dentro desta temática é apresentada a perspectiva dos estudantes da graduação em Odontologia e dos cirurgiões-dentistas preceptores do estágio curricular na APS.

Metodologia

Pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional – da Faculdade de Medicina da UFRGS, de abordagem qualitativa, caracterizando-se como um estudo de caso (YIN, 2010). Foi realizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul e envolveu os serviços de APS – Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família –, locais de realização do estágio curricular do 9º semestre do curso de Odontologia da UFRGS.
Estudantes do último semestre da graduação em Odontologia (10º semestre) que já haviam concluído o estágio curricular nos serviços de APS e preceptores deste estágio, foram convidados a participar da pesquisa.
Em relação aos preceptores, foram utilizados como critérios de inclusão: ser preceptor cirurgião-dentista da APS, vinculado ao Estágio Curricular da Faculdade de Odontologia da UFRGS e estar recebendo estudantes de graduação em Odontologia há, no mínimo, um ano. A inadequação a qualquer um dos critérios acima foi considerada como único critério de exclusão. A identificação dos preceptores foi realizada por meio de uma lista encaminhada pela coordenação do Estágio Curricular Supervisionado I da Odontologia.
A coleta de dados envolveu as seguintes estratégias: entrevista com estudantes e preceptores, observação participante e análise de documentos (DCN para os cursos de Odontologia, Projeto Pedagógico do curso de Odontologia/UFRGS, Plano de Ensino do Estágio Curricular Supervisionado I da Odontologia/UFRGS e Lei no 11.788, que dispõe sobre os estágios).
As entrevistas seguiram um roteiro pré-testado (semiestruturadas) e foram realizadas de modo individual, gravadas por equipamento de áudio e transcritas na íntegra. Todas as transcrições foram devolvidas aos entrevistados para que pudessem lê-las, verificando se estavam de acordo com as ideias apresentadas e, se julgarem necessário, modificassem ou complementassem seus relatos.
Já a observação participante incluiu os estudantes (no local de estágio e nos momentos de atividades teóricas na Universidade, envolvendo os preceptores) e os preceptores (momentos de atividades teóricas na Universidade e conversas informais).
A amostragem foi intencional por saturação, ou seja, quando se entendeu que novas falas passaram a ter acréscimos pouco significativos, em vista dos objetivos propostos pela pesquisa, a coleta de dados foi encerrada (STRAUSS; CORBIN, 2008; TURATO, 2008).
Ao final, foram entrevistados 10 preceptores e 10 estudantes de graduação (n=20).
Os dados foram interpretados por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2011), com o auxílio do *software ATLAS.ti (Visual Qualitative Data Analysis)*. A utilização do software facilitou a organização do material textual em categorias de análise (unidades de significação – categorias emergentes).
Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CAAE 19780213.0.0000.5347 – Parecer 427.171) e do Grupo Hospitalar Conceição – GHC (CAAE 19780213.0.0000.5347 – Parecer 457.703).

Papel do preceptor, cirurgião-dentista trabalhador do SUS, no estágio na APS: 'o estágio é o reflexo do perfil do preceptor'

As DCN para os cursos da área da saúde modificaram os currículos e graduação possibilitaram aos estudantes, a vivência junto aos serviços de saúde do SUS, por meio dos estágios curriculares. A integração ensino-serviço, nesse contexto de mudanças na formação dos cirurgiões-dentistas no Brasil, foi entendida como ferramenta potencializadora das ações já desenvolvidas e os serviços constituíram-se cenários de aprendizagem com espaço para reflexão e planejamento de ações, gerando, assim, uma demanda aos profissionais da saúde que, além de suas atividades de rotina, precisaram se adaptar para atuarem como preceptores, acompanhando e orientando o aprendizado dos estudantes (FORTE et al., 2015; MORITA; HADDAD, 2008).

O preceptor tem papel fundamental na apropriação, por parte dos estudantes, de competências para a vida profissional, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes (BARRETO et al., 2011). Deve ser o responsável por estreitar a distância entre a teoria e a prática na formação dos estudantes de graduação (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014).

Neste estudo, estudantes e cirurgiões-dentistas reforçaram a importância do preceptor para orientar, explicar, auxiliar e ouvir o estudante em seu período de estágio, inserindo-o no processo de trabalho da equipe de saúde e sendo sua referência no serviço.

> O papel do preceptor, no ensino, para nossa formação, foi fundamental. Se tu conviver com um profissional bem capacitado, disposto a receber alunos, que vai te explicar, vai sentar contigo, vai querer trabalhar, vai te entender, vai te ouvir, também, e não vai só te criticar, é muito importante. [...] Ele que te recebe, ele que vai fazer a articulação entre tu e a equipe. Acho que é um dos papeis fundamentais do preceptor é que ele tem de fazer essa articulação. Ele é o coração lá dentro. (Estudante 5)

> A referência do preceptor na Unidade é importante para fazer o elo com a equipe, na verdade, o estágio é reflexo do perfil do preceptor. Se ele é um preceptor que tem um bom relacionamento com a equipe, se ele é agregador com a equipe, ele vai agregar o estagiário ou não, vai torná-lo mais isolado, enfim. Acho que o preceptor é uma figura superimportante para fazer esse 'link' com a equipe e para o estagiário também. O papel do preceptor é primordial na relação entre os espaços e os estagiários. (Preceptor 9)

Da mesma forma, Rodrigues (2012), ao estudar as competências para a preceptoria no curso de Enfermagem, mostrou que cabe ao preceptor preparar o ambiente de trabalho para receber o estudante de graduação durante seu período de estágio, articulando recursos de naturezas diversas, tais como os humanos e materiais, além de estabelecer relações com seus pares, a equipe multiprofissional e o serviço. Desta forma, o preceptor insere o estudante no campo de estágio.

A postura do preceptor, o modo como ele atua e se relaciona com a equipe de saúde e com os pacientes, possibilita o vínculo desse estudante à equipe e o conhecimento do processo de trabalho dos diferentes profissionais nos diversos espaços de atuação da APS.

> Além do consultório eu tinha contato com a Assistente Social, com a enfermeira, as agentes de saúde (era uma Saúde da Família). O preceptor ajudava esse vínculo com os outros profissionais da equipe. O bom relacionamento do preceptor com a equipe influencia no estágio. Acho que se o preceptor não tiver um bom relacionamento com a equipe, isso influencia, sim. (Estudante 4)

Duffy (2009) e Johns (2001) ao estudarem o papel do preceptor, reiteraram que cabe ao preceptor fazer a conexão do estudante com sistema no qual ele está inserido, integrando o aluno ao cotidiano da profissão.

Com o estabelecimento do vínculo entre o estudante de graduação e a equipe de saúde, há a possibilidade da vivência do processo de trabalho em uma equipe multiprofissional.

> [...] a gente trabalhava muito em equipe multiprofissional ali, se tinha muita consulta com médico, acho que isso foi bem positivo. A própria comunicação com a equipe acho que sempre foi muito legal, assim, eu aprendi bastante. Não ficar limitada ao consultório. (Estudante 2)

Além do trabalho em equipe multiprofissional, o estudante percebeu a importância da interdisciplinaridade no processo de trabalho do preceptor.

> Tu consegue não ver só o trabalho do cirurgião-dentista isolado. Tu consegue perceber a importância do cirurgião-dentista e das outras profissões da área da saúde com o trabalho em equipe, principalmente, interdisciplinarmente. (Estudante 5)

Na percepção dos preceptores, faz parte do seu papel, inserir o estagiário no contexto da APS e do SUS, em atividades não restritas somente ao núcleo da Odontologia, mas sim, ampliadas para o campo da saúde.

> [...] minha função é inserir eles [os alunos], mostrar como funciona o serviço público como um todo. Eu até digo para eles e para equipe que eles são estagiários de saúde pública e não estagiários da odontologia. A gente tenta inserir em todas as atividades da unidade. Eles acompanham a vacinação do idoso, acompanham trabalhos da enfermagem, visita domiciliar de curativos, eles fazem cartão SUS, ajudam na produção e na parte administrativa. Tudo que existe na unidade eu consigo colocar eles pelo menos a ter o contato, trabalhar um pouco também, além da parte clínica de odontologia. [...] fazer com que eles conheçam o serviço público como um todo, até como funciona as outras unidades, conhecer como funcionam as gerências e a secretaria como um todo. O controle social. Tudo para que eles tenham uma noção, conheçam e até participem de tudo, para que se eles tiverem interesse em trabalhar em saúde pública saibam a realidade que vão encontrar. (Preceptor 6)

A interdisciplinaridade, aqui entendida como a relação articulada entre as diferentes profissões da saúde, apresenta-se como um dos conceitos nucleares para consolidação das políticas públicas de saúde. Há o reconhecimento da necessidade do olhar plural do objetivo das ciências da saúde, respeitando-se as bases disciplinares específicas na busca por soluções compartilhadas para o problema das pessoas e instituições (SAUPE et al., 2005). Com a atuação interdisciplinar, os saberes das diferentes áreas se comunicam uns com os outros, confrontam e discutem as suas perspectivas, estabelecendo entre si, uma interação mais forte. A construção é impregnada por trocas e articulações mais profundas entre os diferentes elementos participantes (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008).

A experiência do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional de saúde, facilitada por um preceptor, tem sido um dos ganhos trazidos pelo estágio curricular nos serviços de Atenção Primária à Saúde ao estudante de graduação, ampliando nos estudantes a competência de compreensão e intervenção sobre a realidade encontrada (BULGARELLI et al., 2014; TOASSI et al., 2013; TOASSI; DAVOGLIO; LEMOS, 2012).

Nesse sentido, a relação entre o preceptor e o estudante deve ser horizontal, estimulando o ato de pensar e de construir hipóteses, permitindo que o aluno descubra, nesta relação, a importância do trabalho coletivo (BARRETO et al., 2011).

Para o estudante, o preceptor constitui-se no modelo, na sua referência no serviço de saúde e que influencia fundamentalmente no desenvolvimento do estágio curricular, tanto de forma positiva quanto negativa.

> O preceptor funciona como uma espécie de modelo para os alunos que chegam ao serviço. (Estudante 4)

> O preceptor é a pessoa que está te auxiliando, supervisionando e o trabalho que tu está fazendo é o trabalho dele, tu vai aprender o trabalho dele, então o preceptor é muito importante. E se tu pegar uma pessoa que não faz o trabalho adequado pode acabar aprendendo outra coisa, que é bem diferente do ideal. Se for uma pessoa que não leva em consideração o protocolo, nada, tu vai acabar nem sabendo se tem protocolo. (Estudante 7)

Siegel (2004), da mesma forma, entende que o preceptor, em muitas situações, serve de modelo para o crescimento pessoal dos estudantes, podendo auxiliá-los em sua formação ética.
Pela natureza da relação estabelecida entre preceptores e os estagiários, estudantes de graduação, sua função pode ir além da de ensinar, mas também, contemplar a de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos futuros profissionais (BURKE, 1994).
Estudantes e cirurgiões-dentistas salientaram a diferença entre o papel do preceptor do estágio na Atenção Primária e o do professor da Universidade, conforme mostram as falas a seguir:

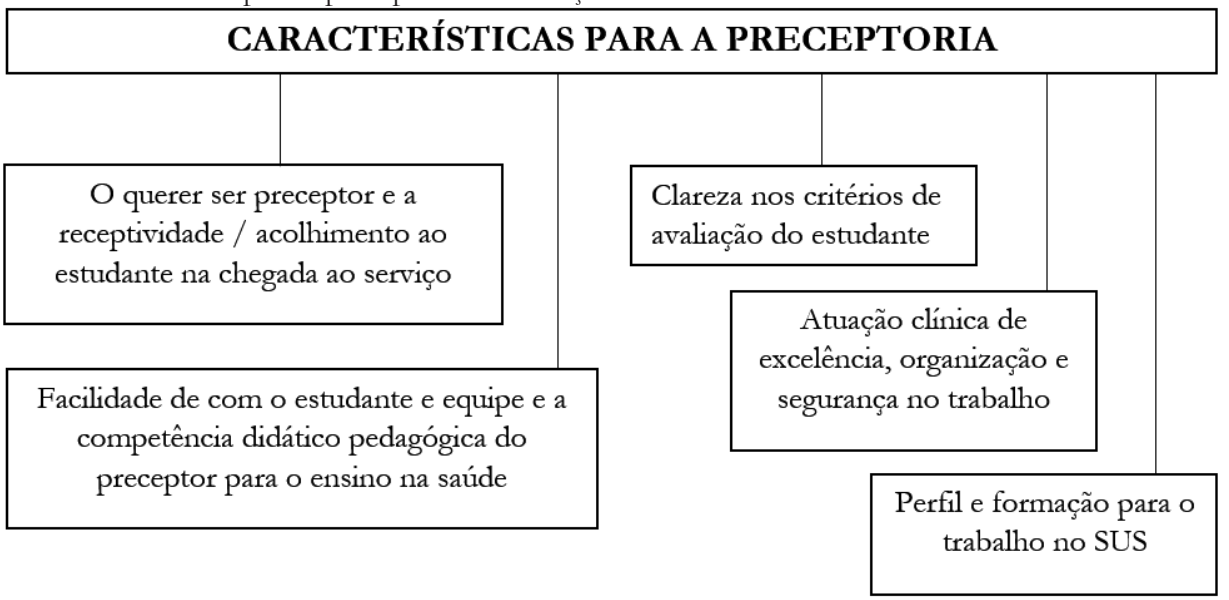
> Os professores chegavam e olhavam exclusivamente a parte clínica, tipo 'ah, tu tem que abrir mais o dente, limpar o ponto, bota mais resina até o ponto'. O foco era o procedimento, eu nunca tive nenhuma orientação quanto a outro quesito que não fosse o procedimento e lá no Estágio I, a gente teve sobre o procedimento também, mas sobre todo esse outro contexto, assim, de lidar com o paciente, a linguagem, isso acrescentou na minha formação [...] (Estudante 6).

> O preceptor não é um professor, eu não considero como professor. A gente está aqui mais para ajudar com a experiência que a gente tem. A gente já trilhou o caminho que eles estão trilhando. É para dizer como a gente foi também. Como a gente chegou a ter segurança através do exercício mesmo da profissão. (Preceptor 6)

Características para a preceptoria na APS

A preceptoria, traduzida pela participação dos profissionais dos serviços de saúde na supervisão dos estudantes, é um elemento pedagógico fundamental visto que é nessa concepção que o trabalho é considerado como princípio educativo em que se reconhece e valoriza os saberes vindos da experiência do trabalho. Prescindir dos saberes dos trabalhadores na formação de outros profissionais seria manter a visão tradicional sobre os saberes socialmente válidos, ou seja, somente aqueles produzidos ou reproduzidos nas Instituições de Ensino Superior (WERNECK et al., 2010).
Emergiram da fala dos estudantes e cirurgiões-dentistas cinco categorias consideradas fundamentais para a preceptoria na APS (Figura 1).

Figura 1 – Características para a preceptoria na Atenção Primária à Saúde.



O querer ser preceptor e a receptividade/acolhimento ao estudante na chegada ao serviço

Estudantes e preceptores destacaram como uma característica fundamental para a preceptoria o fato de o profissional, em um primeiro momento, querer ser preceptor, mostrando disponibilidade e comprometendo-se a acompanhar o estudante de graduação durante seu estágio no serviço de saúde.

> Boa vontade, disponibilidade, querer receber. [...] o preceptor tem que ficar do teu lado, disponível, te ajudar, te orientar, discutir casos [...] (Estudante 9)

> Eu acho que a pessoa tem que querer, tem que gostar, pois só fazer uma formação não quer dizer que tem competência para aquilo. (Preceptor 1)

Aliado a esse querer, a receptividade e o acolhimento do preceptor na chegada do estudante ao serviço foi entendido como determinante para a atuação do preceptor, o que irá se refletir na integração do estudante à equipe de saúde e ao bom andamento do estágio curricular.

> No início eu fiquei meio nervosa pensando como seria [o estágio], mas a preceptora foi bem legal, me recebeu bem. Quando eu fui levar os papeis do estágio para a preceptora assinar, ela me explicou como funcionava o posto, me apresentou para a equipe toda e falou como ia ser. Aí eu fiquei bem mais tranquila. A recepção do preceptor é muito importante para o bom andamento do estágio. (Estudante 4)

> O preceptor tem que acolher este aluno. O aluno tem que se sentir bem no local de trabalho, ele tem que se sentir acolhido, ele tem que ser ouvido e respeitado também. [...] o ambiente tem que ser acolhedor também, isso este dentista tem que fazer, tem que propiciar o acolhimento deste aluno na unidade como um todo. (Preceptor 7)

Facilidade de comunicação com o estudante e equipe e a competência didático pedagógica do preceptor para o ensino na saúde

Na medida em que o estágio vai se desenvolvendo, a competência didático-pedagógica do preceptor para o ensino na saúde, a empatia que ele possui com as pessoas com que convive no ambiente do trabalho, sua facilidade de comunicação com o estudante, orientando-o, ensinando-o, possibilitando trocas de conhecimentos, experiências, discutindo casos clínicos, esclarecendo dúvidas, sendo paciente e cuidadoso com seu processo de aprendizagem, foram características ressaltadas como necessárias à preceptoria.

> [...] tem que ser uma pessoa de fácil comunicação, que quer conversar, quer ensinar, quer mostrar qual é a realidade do local, cada local vai ter uma realidade muito diferente da outra, porque também é uma coisa muito nova para o aluno [...] (Estudante 1)

> O dentista preceptor tem que ter a comunicação muito bem desenvolvida, não só com os alunos (tem que saber conversar e explicar quais as facilidades e dificuldades que o aluno está tendo) e também com a equipe, no sentido de que todos têm que entender que pelo novo currículo os alunos estão aprendendo a trabalhar em equipe e conhecendo a realidade da comunidade e não estão lá somente para fazer procedimentos clínicos. (Preceptor 3)

Estudos de Botti e Rego (2008) e de Mills, Francis e Boné (2005) também mostraram que a habilidade didática do trabalhador – estabelecendo um ensino a partir do compartilhamento de experiências, ampliando a competência clínica e o desenvolvimento profissional do estudante dentro do ambiente de trabalho do serviço de saúde – constitui-se um dos requisitos fundamentais para a preceptoria.
Tendo uma postura desse preceptor-educador, a flexibilidade na conduta com o estudante e no planejamento das atividades do estágio curricular, é um aspecto esperado no perfil desse preceptor.

> Tem que ser uma pessoa aberta para trocas de experiências, porque a gente cresce muito e aprende muito também. Eu me atualizo e eu me enriqueço com eles. Eu acho que é uma troca. Então tem que ser alguém aberto a trocas, a novas experiências, a modificar sua forma de trabalho, a aceitar sugestões. Você tem que ter flexibilidade [...]. (Preceptor 7)

Para Veiga (2009), o ensino só se torna compreensivo quando a prática é flexível. Essa flexibilidade passa pelo conhecer o estudante, entender suas necessidades e perceber qual seu perfil de trabalho e pessoal. Os trabalhadores compreendem a integração ensino-serviço como ferramenta potencializadora das ações já desenvolvidas e a importância da construção de um cenário de aprendizagem que dê espaço à reflexão e ao planejamento de ações.

Clareza nos critérios de avaliação do estudante

Educar supõe processos de ensino e de aprendizagem – o que, quem e como ensinam e o que, quem e como se aprende (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013). Ensinar inclui transmitir, informar, ofertar, apresentar, expor e explicar; trata-se de homogeneizar (PARAÍSO, 2011). Já aprender, nesse sentido, é muito diferente do ensinar, uma vez que supõe a criação de possibilidades de singularizarão, de buscar novos modos de ser e de estar no mundo (GUATTARI; ROLNIK, 2000).
A avaliação, nesse contexto, é o processo de tornar consciente a aprendizagem, pela seleção dos significados (WACHOWICS, 2009). Deve ser desenvolvida durante e não somente no final das atividades, deve proporcionar critérios claros, caracterizando-se como uma oportunidade para a melhoria e não apenas como um instrumento de controle sobre o realizado. A avaliação deve ser sempre um diálogo (VALCÁRCEL CASES, 2003) e as avaliações formais fazem parte, também, da preceptoria (ARMITAGE; BURNARD, 1991).

Ficou evidente, pelas falas dos estudantes, a variabilidade nos critérios estabelecidos para o processo de avaliação e na forma como essa avaliação era realizada entre os diferentes preceptores.

> A questão da avaliação me chamou bastante a atenção porque muitos colegas tinham acesso e outros não. Até o próprio método de avaliação, os critérios que os preceptores usavam para avaliação, eu acredito que com certeza não eram padronizados. Tinham preceptores que davam dez de cabo a rabo e não é que ninguém possa ser, mas era um negócio que não era tão criterioso. Já outros preceptores, como foi o caso da minha, a gente notava que tinham algumas ressalvas, 'ah, tu foi bem aqui, te dei tal nota, mas acho que tu deve melhorar'. (Estudante 8)

A coparticipação do estudante nos momentos avaliativos e a clareza nos critérios de avaliação foram vistos como características positivas do preceptor, por promover as mudanças necessárias para o processo de aprendizagem dos estudantes.

> A avaliação foi muito boa e eu participei das avaliações, sempre, junto com a preceptora. [...] eu sempre falei para ela 'tudo que tu achar que eu tenho que melhorar, alguma coisa que eu tenha feito assim que tu não tenha gostado, tu me fala, daí eu vou aprender'. Era bem assim. Bem clara a relação com critérios de avaliação bem estabelecidos. Eu sabia como estava sendo avaliado, sem surpresas. (Estudante 9)

> Ficaram claros os critérios de avaliação da preceptora, ela considerou pontualidade, como que a gente desempenhou os procedimentos clínicos, o relacionamento com os outros e também ela nos observou na construção do relatório, em que nós tínhamos que pensar em desenvolver uma ação e também fazer um estudo de caso familiar. A avaliação é mensal; o preceptor pode ir conversando e se o estagiário tem alguma dificuldade, nos apresentar, para ter condição de melhorar e a minha preceptora sempre conseguiu deixar isso bem claro; se tivesse alguma dificuldade nossa, ela nos apresentaria. (Estudante 3)

Os preceptores, por sua vez, nem sempre perceberam a avaliação dos estudantes no estágio como uma atividade fácil de ser realizada, relatando situações de constrangimento com o momento do 'dar a nota' e até de falta de preparado para avaliar.

> Difícil. A avaliação é complicada. [...] quando eu dava um oito, por exemplo, para uma pessoa, eu que ficava constrangida. Às vezes o aluno está achando super bom, mas eu estou constrangida de ter dado um oito para ele. E, isso é uma coisa também que tem que ser trabalhada porque não é fácil. (Preceptor 2)

> Eu acho que eu estava um pouco preparada para a preceptoria, mas eu acho que faltava muito na questão da avaliação. (Preceptor 3)

Em contextos educativos como é o da relação entre preceptores e estudantes de graduação, a avaliação tem uma função essencialmente formativa, orientando, apoiando, reforçando e corrigindo (GIL, 2010), devendo "estar a serviço de quem aprende e, ao fazê-lo, simultaneamente, estará a serviço de quem ensina. Os dois serão os beneficiados diretos da ação pedagógica" (MENDÉZ, 2011, p. 233).

Quando se pensa em avaliação formativa, o diferencial é o investimento na observação e interpretação dos processos e dos conhecimentos proporcional às necessidades de cada estudante (PERRENOUD, 1999).

A avaliação realizada junto com o estudante, processualmente, ao longo do período do estágio, potencializa o aprendizado e o diálogo entre preceptor e estagiário.

> A avaliação não pode ser naquele momento exclusivo que a gente está avaliando, então, geralmente se eu tenho uma coisa para dizer, eu digo, e têm coisas que eu acho que não precisa ir para a avaliação, têm coisas que são do processo e o processo quem gerencia sou eu, lá. Claro que se for uma coisa, assim, pavorosa, o que nunca me aconteceu - Graças a Deus! - eu vou ter que reportar, mas eu acho que se era, sei lá, uma conduta equivocada, alguma coisa que é do processo de quem desconhece, eu não vejo isso como uma coisa 'drástica', vejo como uma coisa que é da construção de cada um. Na avaliação, eu escuto eles mais, claro, eu faço os meus apontamentos, eles respondem primeiro e eu respondo depois as questões da avaliação, eu não faço escondido, eu faço junto com eles, eu dou as notas na frente deles e escrevo tudo na frente deles, não gosto dessa coisa da avaliação 'às escondidas', se eu tiver que dizer, eu vou dizer porque eu acho que esse é o meu papel. (Preceptor 8)

Atuação clínica de excelência, organização e segurança no trabalho

Durante o estágio curricular do estudante de Odontologia na APS, as atividades clínicas ocupam um espaço privilegiado. O preceptor cirurgião-dentista é o responsável pelo acompanhamento, orientação e supervisão das atividades clínicas realizadas pelo estagiário. Assim, a atuação clínica de qualidade do preceptor, sua organização e segurança no atendimento aos pacientes foram percebidas como fundamentais para a preceptoria.

> Acho que o preceptor tem que ser um bom clínico, na questão de orientar, ele pode até saber a teoria, pode saber todos os passos, saber apontar, 'ah, tu não fez isso, não fez aquilo', mas na hora de meter a mão, de ser bom ou não clínico, talvez possa saber tudo de teoria e ter as 'duas mãos esquerdas', como se diz. Acho que para tu orientar, tu tens que saber fazer. (Estudante 8)

> Ser um bom clínico porque a base do estágio é bastante clínica, o preceptor tem que dar um bom suporte clínico também. (Preceptor 9)

Uma das principais atribuições do preceptor está associada ao desenvolvimento da competência clínica em situações reais, no próprio ambiente de trabalho, por meio de orientações formais e com determinados objetivos e metas. Entre suas características marcantes, portanto, deve estar o conhecimento e a habilidade em desempenhar procedimentos clínicos (BOTTI; REGO, 2008).
O conhecimento, a experiência e a segurança clínica do preceptor influenciaram diretamente na segurança do estudante durante os atendimentos clínicos.

> Pela segurança que a preceptora me passava, eu também tive mais segurança de fazer as coisas, do conhecimento sobre o atendimento mesmo. (Estudante 4)

> [...] eu tinha certeza que o conhecimento da preceptora, que a experiência dela era muito maior do que a minha, o que ela tinha de profissão, já era, tipo, o dobro da minha graduação inteira; isso me deu segurança. (Estudante 8)

Para além das atividades clínicas de atendimento a pacientes, a postura profissional do preceptor como um todo, envolvendo o preenchimento correto de prontuários, o adequado encaminhamento de pacientes seguindo protocolos, o cumprimento de horários e a conversa com os pacientes foram destacados nas falas dos estudantes e preceptores como características positivas para a preceptoria.

> Minha preceptora era uma pessoa bem correta, era uma característica dela. Ela tinha muito estudo, muito conhecimento teórico, principalmente no funcionamento da atenção primária, ela queria seguir exatamente o que é proposto, todas as produções ela preenchia, o encaminhamento para o CEO, ela seguia protocolos, ela tinha muito bem embasado o que ela tinha que fazer. (Estudante 7)

> Eu gosto de frisar bem para o aluno questões bem básicas como os horários. Chegar às 8h, a pontualidade, não deixar o paciente esperar. Se chegar um paciente, vamos atender [...] Pode ser uma coisa rápida, pode ser uma coisa demorada, a gente não sabe, mas se colocar no lugar do paciente, atender da mesma forma que tu gostarias de ser atendido também. Não deixar o paciente esperar, ser pontual, tentar resolver o problema do paciente na hora e quando dá e se não dá, aí tenta com uma medicação, pede algum exame. Mas ser resolutivo e ser pontual, sempre falo para eles isso. (Preceptor 5)

O estudante que convive com um preceptor cuja postura é admirada pela forma com que ele trata, acolhe e aborda o paciente, vê a importância de levar esse 'exemplo' para sua vida profissional futura, após o término do estágio.

> [...] o modo com que ela tratava os pacientes, não só na questão de se dirigir, mas na questão do acolher, assim, de fazer uma abordagem maior do que só do contexto bucal do paciente, isso eu acho que tem que ser levado para a vida profissional. (Estudante 8)

Da mesma forma, quando o trabalho do preceptor é marcado pela falta de organização e pela falta de tempo para a preceptoria, os estudantes vivenciam um estágio conturbado e com pouca contribuição do preceptor para sua formação.

> [...] ela nunca esteve me esperando, nunca esteve. Então, se eu quisesse organizar alguma coisa eu que tinha que ir atrás de alguém ou eu tinha que pedir autorização e aí eu tinha mesmo que ir atrás dela [...]. Não era o que eu esperava do preceptor. (Estudante 10)

Perfil e formação para o trabalho no SUS

O perfil para o trabalho no SUS foi outra característica apontada como uma condição básica para que o cirurgião-dentista do serviço público receba os estudantes da graduação, atuando como preceptor.

> Quem não tem o perfil para o trabalho no SUS e na Atenção Primária não deve ser preceptor. (Preceptor 9)

Além do perfil para o trabalho no SUS, tanto estudantes quanto preceptores consideraram importante a formação específica do preceptor para atuar na área da Saúde Pública/Saúde da Família/Atenção Primária.

> O principal é conhecimento, conhecimento sobre o SUS mesmo e ele [o preceptor] tem que gostar, porque se for uma pessoa que está trabalhando há muito tempo e não acredita que o SUS vai resolver o problema, que seja uma ferramenta boa para fornecer saúde para a comunidade, eu acho que não tem como tu aprenderes, porque daí é uma pessoa muito negativa que muitas vezes acaba burlando algumas etapas do sistema, então, não funciona mesmo, é um exemplo totalmente negativo. Essa questão de saber bastante da saúde coletiva é ótima, consegue embasar muito [...] (Estudante 7)

> Acho que em primeiro lugar tem que ter o conhecimento da saúde coletiva [...]. Tem que conhecer, por exemplo, o pré-natal. Não adianta a gente atender a gestante e depois não entender como que é uma consulta de pré-natal, qual é o papel do enfermeiro, qual é o papel do médico no pré-natal, o que cada um pode orientar. Então acho que a competência que tem que ter primeiro é saber o que cada um faz para também poder direcionar os alunos. (Preceptor 3)

Por outro lado, a formação na Pós-graduação *stricto sensu* – Mestrado e Doutorado – para a preceptoria não foi entendida como condição indispensável para que o profissional do serviço seja um preceptor, se a Universidade, por meio de um espaço de educação permanente, puder apoiar esse profissional, apresentando-lhe a proposta curricular, as DCN para os cursos de Odontologia, os objetivos dos estágios no SUS e, de modo especial, na APS, facilitando a compreensão do papel do preceptor na formação em saúde.

> Acho que tu ter uma formação é uma coisa que valoriza, claro, mas na realidade não é um mestrado, não é um doutorado, é mais uma perspectiva de educação permanente, assim, a formação do profissional é diária, eu não acho que há necessidade de tu ser Mestre ou Doutor para ser um bom preceptor, eu acho que há necessidade, sim, de tu ser uma pessoa investigativa, porque o serviço vai matando nossa capacidade de estudo, assim, aos poucos. (Preceptor 8)

Para os cirurgiões-dentistas, um dos desafios para a preceptoria referiu-se a sua formação pedagógica para o ensino na saúde, a qual, muitas vezes, é frágil. Sinalizaram a necessidade de uma qualificação na área da educação para o preceptor o que, consequentemente, refletiria na qualificação do estágio curricular e da formação do cirurgião-dentista.

> Hoje eu me sinto apto, mas eu acho que uma qualificação seria bastante interessante. Como a maioria de nós preceptores não é formado para ser educador ou professor, algumas vezes nos deparamos com algumas dificuldades, nas quais tomamos o bom senso como guia de nossas escolhas. (Preceptor 1)

Rodrigues (2012) mostrou a importância da efetivação de momentos de formação para a preceptoria, enfatizando mecanismos que fomentem o debate nos cursos de graduação à luz das vivências de estudantes, preceptores, professores e pesquisadores neste cenário multirreferencial que é o SUS.
Entendendo o preceptor como um educador, há necessidade de os preceptores possuírem formação docente para as ações de ensino, compreendendo essa formação como contribuição das Universidades, uma vez que o processo de formação em saúde, de forma geral, ainda privilegia mais ações de assistência propriamente ditas (FAJARDO; CECCIM, 2010).

Considerações finais

Este estudo mostrou a preceptoria do estágio curricular da graduação como uma modalidade de ensino na saúde reconhecida e presente na formação de cirurgiões-dentistas, que valoriza os saberes constituídos no cotidiano do espaço de atuação da Atenção Primária.
O cirurgião-dentista preceptor do estágio curricular em Odontologia tem um papel fundamental na orientação, explicação, escuta e aproximação/inserção do estudante no processo de trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional. Constitui-se a referência do estudante de graduação no serviço de saúde, influenciando fundamentalmente no desenvolvimento do estágio, tanto de forma positiva quanto negativa. As características consideradas fundamentais para a preceptoria referiram-se ao querer ser preceptor e

a receptividade/acolhimento ao estudante na chegada ao serviço; a facilidade de comunicação com o estudante e equipe e a competência didático pedagógica do preceptor para o ensino na saúde; a clareza nos critérios de avaliação do estudante; a atuação clínica de excelência, organização e segurança no trabalho do preceptor e o perfil e formação do preceptor para o trabalho no SUS.

Desafios para a preceptora foram apontados quanto ao processo de avaliação do estudante de graduação no período do estágio e quanto à formação pedagógica dos cirurgiões-dentistas para o ensino na saúde.

A temática de estudo não se esgota com a análise aqui apresentada. Sugere-se a realização de outros estudos que possam acompanhar ao longo do tempo, o protagonismo do preceptor no ensino na saúde. O fortalecimento da relação universidade-serviço-preceptor deve ser (re) construído continuamente pela aproximação/apoio permanente da universidade aos preceptores.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os estudantes de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e do Grupo Hospitalar Conceição que aceitaram participar deste estudo, contribuindo para a construção do conhecimento sobre o tema da preceptoria e ao professor do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde da UFRGS – Dr. Roger dos Santos Rosa – pelas valorosas sugestões sobre a organização dos resultados desta pesquisa.

Referências

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 18, n. 49, p.313-324, 2014.

ALMEIDA, A. B.; ALVES, M. S.; LEITE, I. C. G. Reflexões Sobre os Desafios da Odontologia no Sistema Único de Saúde. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p.126-132, mar. 2010.

ARMITAGE, P.; BURNARD, P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. **Nurse educ. today**, Edinburgh, v. 11, no. 3, p. 225-229, 1991.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, V. H. L. et al. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2002**, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

BRASIL. **Lei nº 11.788 de 28 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm>. Acesso em: 23 jan. 2016.

BISPO, E. P. F.; TAVARES, C. H. F.; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.18, n.49, p. 337-350, abr./jun. 2014.

BOTTI S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

BULGARELLI, A. F. et al. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 351-362, abr./jun. 2014.

BURKE, L. M. Preceptorship and pos-registration nurse education. **Nurse educ. today**, Edinburgh, v.14, p. 60-66, 1994.

DUFFY, A. Guiding students through reflective practice – The preceptors experiences: a qualitative descriptive study. **Nurse educ. today**, Edinburgh, v. 9, no.3, p. 166-175, 2009.

FAJARDO, A. P, CECCIM, R. B. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). **Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FORTE, F. D. S. et al. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.19, Supl. 1, p.831-843, 2015.

GIL, A. C. Como avaliar a aprendizagem dos alunos. In: ____. **Didática do ensino superior**. São Paulo: Atlhas, 2010. Cap. 14, p. 239-283.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2000.

HADDAD, A. E. et al. (Orgs.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde**: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

JOHNS, C. Depending on the intent and emphasis of the supervisor, clinical supervision can be a different experience. **J.nurs. manag.**, Oxford, v. 9, no. 3, p.139-145, 2001.

MASETTO, M. T. Discutindo processo ensino-aprendizagem no ensino superior. In: MARCONDES, E; GONÇALVES, E. L. **Educação Médica**. São Paulo: Savier, 1998. p. 11-19.

MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Rev. ciência & saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008.

MENDÉZ, J. M. A. Avaliar a aprendizagem em um ensino centrado nas competências. In: SACRISTÁN, J. G. et al. **Educar por competências**: o que há de novo? Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 6, p. 233-264.

MEYER, D. E.; FELIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871, out./dez. 2013.

MILLS, J.E.; FRANCIS, K. L.; BONNER, A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. **Rural remote health**, Geelong, v. 5, no. 3, p. 410-419, 2005.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E. Interfaces da área da educação e da saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de saúde da família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Coords.). **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 268-290.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004.

PARAISO, M. A. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: LEITE, C. et al. (Orgs.). **Políticas, fundamentos e práticas do currículo**. Porto: Porto Editora, 2011. p.147-160.

PERRENOUD, P. **Avaliação**: da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas. Porto Alegre: Artmed, 1999.

RODRIGUES, C. D. **Competências para a preceptoria**: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, 2012. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 521-36, set./dez. 2005.

SIEGEL, B. S. A view from residents: effective preceptor role modeling is in. **Ambul. pediatr.**, New York, v. 4, no. 1, p. 2-3, 2004.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TOASSI, R. F. C.; DAVOGLIO, R. S.; LEMOS, V. M. A. Integração ensino-serviço-comunidade: o estágio na atenção básica da graduação em odontologia. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 4, p. 223-242, dez. 2012.

TOASSI, R. F. C. et al. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian National Health System (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v.17, n.45, p.385-92, abr./jun. 2013.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia. **Projeto Pedagógico**. Porto Alegre, 2014a. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/odontologia/ensino/odonto/graduacao/projeto-pedagogico-do-curso-diurno>. Acesso em: 22 jan. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia. **Plano de Ensino do Estágio Curricular Supervisionado I da Odontologia**. Porto Alegre, 2014b.

VALCÁRCEL CASES, M. (Coord.). **La preparación del profesorado universitário espanhol para la convergencia europea em educación superior**. Córdoba, 2003.

VEIGA, I. P. A. Ensinar: uma atividade complexa e laboriosa. In: ____ (Org.). **Lições de didática**. 4. ed. Campinas, SP: Papirus, 2009.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: pl2014anejamentos e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WACHOWICZ, L. A. Avaliação e aprendizagem. In: VEIGA, I. P. A. (Org.). **Lições de Didática**. 4. ed. Campinas, SP: Papirus, 2009.

WARMLING, C. M. et al. Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 63-70, 2011.

WERNECK, M. A. F. et al. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 221-231, 2010.

Pesquisa

Processo de trabalho e agir profissional no cuidado em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS)

Work process and professional conduct in oral health care in the Brazilian Unified Health System

Proceso de trabajo y actuar profesional en el cuidado en salud bucal en el Sistema Único de Salud

Evelise Tarouco da Rocha[1]
Cristine Maria Warmling[2]

Resumo

Introdução: Mesmo com a formulação de estratégias para a qualificação dos profissionais que atuam no SUS, e as mudanças curriculares ocorridas nos cursos de graduação em Odontologia, questionam-se as efetivas transformações nas práticas das equipes de saúde bucal em direção a um modelo de atenção em saúde pautado na integralidade do cuidado. **Objetivos**: Este estudo propõe-se a analisar de que modo os processos de trabalho vivenciados pelas equipes de saúde bucal que atuam na rede municipal de saúde de Porto Alegre possibilitam a produção do cuidado em saúde bucal. **Metodologia**: Trata-se de um estudo de caso, com abordagem metodológica qualitativa. Os dados foram produzidos mediante quatro grupos focais, com quatro equipes de saúde bucal da rede de Atenção Primária do município de Porto Alegre. Adotou-se, também, a observação participante nos encontros de educação permanente das equipes de saúde bucal, no ano de 2013. Os dados foram analisados com a ajuda do programa

1 Cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde Porto Alegre. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da UFRGS.

2 Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). crismwarmling@gmail.com

de análise qualitativa Nvivo. A base referencial teórica de análise do estudo encontra-se em Schwartz (2007) e nos fundamentos epistemológicos da Análise do Discurso. Resultados: As equipes utilizam diferentes protocolos, renormalizando-os conforme demandas próprias ou de usuários que acessam ao serviço. Referem-se à demanda reprimida, contudo não observam que esta pode estar sendo produzida pelo modo como historicamente se oferta e se processa a produção do cuidado. Relações de trabalho qualificadas devem ser despertadas nos serviços de saúde. O redescobrimento do próprio trabalho pelo trabalhador passa pela compreensão do modo com que ele se insere na atividade dos outros e na vida em sociedade. As equipes não compreendem a problematização dos seus processos de trabalho como um momento de educação permanente e comumente entendem os encontros de educação permanente enquanto espaços apenas normativos. Considerações finais: Neste estudo ampliou-se a compreensão sobre o agir profissional para a produção do cuidado em saúde bucal, destacando-se que esse cuidado depende da construção de significados a partir do reconhecimento da prática profissional e da realidade das situações de trabalho.

Palavras-chave: Saúde bucal. Competência Profissional. Sistema Único de Saúde.

Abstract

Introduction: Despite the formulation of strategies to qualify professionals working at the Brazilian Unified Health System and curriculum changes made to undergraduate dental programs, questions have been raised whether there have been effective changes in the practices of oral health teams towards a health care model based on comprehensive care. **Objectives**: This study sought to analyze how work processes undertaken by oral health teams working in the municipal health system of Porto Alegre enabled the provision of oral health care. **Methods**: This is a qualitative case study. Data were obtained from four focus groups with four oral health teams working in the primary health care network in the city of Porto Alegre. The present study also relied on researcher's participant observation in lifelong education meetings of oral health teams in 2013. Data were analyzed using the qualitative analysis software NVivo. The theoretical background of the study was based on Schwartz (2007) and on the epistemological foundations of discourse analysis. Results: The teams used different protocols, renormalizing them according to their own demands or to the demands of users who have access to the service. They also point to an unmet demand, but do not realize that this demand may have been produced by the way care provision has been historically offered and processed. Qualified working relationships should be established in health care facilities. Workers will only rediscover their own work when they understand how it is inserted into other's activities and into life in society. The teams do not understand that the questioning of their work process is a time of lifelong education and commonly understand lifelong education meetings as merely normative spaces. Final comments: The present study broadened our understanding about professional conduct for the provision of oral health care and emphasized that it depends on the construction of meaning based on the acknowledgment of professional practice and of the reality of work situations.

Keywords: Oral Health. Professional Competence. Unified Health Service.

Resumen

Introducción: Pese a la formulación de estrategias para la calificación de los profesionales que actúan en el Sistema Único de Salud y los cambios curriculares sucedidos en los cursos de grado en Odontología, se cuestiona si hubo transformaciones efectivas en las prácticas de los equipos de salud bucal hacia un modelo de atención en salud basado en la integralidad del cuidado. **Objetivos**: Este estudio buscó

analizar cómo los procesos de trabajo vivenciados por los equipos de salud bucal que actúan en la red municipal de salud de Porto Alegre posibilitan la prestación de cuidado en salud bucal. Metodología Se trata de un estudio de caso con abordaje metodológico cualitativo. Los datos se produjeron a través de la realización de cuatro grupos focales con cuatro equipos de salud bucal de la red de atención primaria del municipio de Porto Alegre. El estudio también se valió de la observación participante de la investigadora en los encuentros de educación permanente de los equipos de salud bucal, en el año de 2013. Los datos se analizaron con el programa de análisis cualitativo NVivo. La base referencial teórica de análisis del estudio se encuentra en Schwartz (2007) y en los fundamentos epistemológicos del Análisis del Discurso. Resultados: Los equipos utilizaron diferentes protocolos, renormalizándolos según demandas propias o de usuarios que acceden al servicio. Además, se refieren a una demanda reprimida, pero no observan que ésta se puede estar produciendo debido a la manera como históricamente se oferta y se procesa la prestación de cuidado. Se deben fomentar relaciones de trabajo calificadas en los servicios de salud. El redescubrimiento del propio trabajo por el trabajador pasa por la comprensión de cómo éste se inserta en las actividades de los otros y en la vida en sociedad. Los equipos no comprenden la problematización de sus procesos de trabajo como un momento de educación permanente y comúnmente entienden los encuentros de educación permanente como espacios únicamente normativos. Consideraciones finales: El estudio amplió la comprensión sobre el actuar profesional para la prestación de cuidado en salud bucal, subrayando que éste depende de la construcción de significados a partir del reconocimiento de la práctica profesional y de la realidad de las situaciones de trabajo.

Palabras clave: Salud bucal. Competencia profesional. Sistema Único de Salud.

Introdução

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004a) é parte integrante do processo de consolidação do SUS e reconhece os cidadãos como atores imprescindíveis para sua concretização enquanto política pública que impacte favoravelmente as condições de saúde da população brasileira (BRASIL, 1986). Seu principal desafio é provocar a transformação de modelos de saúde essencialmente curativos e mutiladores em modelos de atenção integral, visando maior acesso ao cuidado em saúde e fortalecendo a autonomia dos usuários do SUS. Quando suas diretrizes se referem ao cuidado e atenção em saúde bucal, consideram essenciais à reorientação do modelo de atenção: o acesso, a continuidade e integralidade da atenção; a coordenação da atenção; a gestão participativa, o vínculo (BRASIL, 2004; STARFIELD, 2002).

No Brasil, a inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), motivada pela ampliação da rede de atenção à saúde bucal, e com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), através do Programa Brasil Sorridente, houve significativo aumento da oferta de serviços odontológicos à população. Paralelamente à evolução da oferta de serviços públicos de saúde bucal no país, houve aumento da necessidade de mudanças na formação e nas práticas dos profissionais da saúde bucal que viessem a corresponder às necessidades de saúde da população. Porém, alguns autores questionam se as diretrizes da PNSB têm sido suficientes para, além do aumento de oferta de serviços, efetivamente promover uma atenção em saúde pautada na integralidade do cuidado (BOTAZZO, 2008; SOUZA, 2008; MOYSÉS et al, 2008).

Mudanças no olhar e no agir do cirurgião-dentista exigem uma formação profissional capaz de desenvolver competências para cuidar do outro, compreendendo a articulação de diferentes elementos que devem ser trabalhados e vivenciados durante a formação do profissional de saúde. Schwartz (2007) sugere que a noção de competência nos leva à investigação acerca do que é requerido na execução de determinado trabalho, apresentando, em sua teoria, o conceito do "agir em competência", diante da dificuldade de articular todas as dimensões da experiência humana nas mais diversas situações de trabalho, sempre singulares e inéditas.

No município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, cenário deste estudo, entre os anos de 2010 a 2014 houve importante expansão da rede de atenção à saúde bucal, ampliando o número de equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família, de dezessete para cento e cinco, e o número de Centros de Especialidades Odontológicas, de dois para seis. As equipes encontram-se distribuídas nos dezessete distritos sanitários gerenciados por oito Gerências Distritais de Saúde. Nos últimos dez anos foram esparsas as iniciativas de processos de qualificação dos profissionais de saúde bucal.

A partir de 2013, a Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde (ATSB/SMS) propôs a rediscussão dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal, aliada à implantação do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal do município (SMS/PMPA, 2014), à reestruturação e ampliação das atividades de educação permanente para todos os esses profissionais — incluindo cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares. A grande ampliação das equipes de saúde bucal no município e a necessidade de aproximação da educação permanente com a realidade de cada território levaram à descentralização desses encontros para encontros mensais em cada Gerência Distrital de Saúde. Os encontros têm duração de quatro horas, divididos entre reuniões administrativas e de educação permanente com as equipes de saúde bucal de cada território. O desafio consiste em estruturar uma proposta de educação permanente que contemple as diferentes necessidades dos profissionais da saúde bucal e que possa ressignificar as práticas desses profissionais sob a ótica do cuidado em saúde.

Nesse contexto, no presente estudo tem-se o objetivo de analisar os processos de trabalho e o agir profissional na produção do cuidado em saúde bucal de equipes de saúde do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso do tipo único, integrado com múltiplas unidades de análise, com abordagem metodológica qualitativa. O objetivo foi alcançar dimensões subjetivas dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal, as quais transcendem indicadores e expressões numéricas comumente utilizados nos processos avaliativos (BOSI, 2007; ESTEBAN, 2010).

Participaram da pesquisa equipes de saúde bucal que atuam na rede de Atenção Primária em Saúde do município: cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal. Priorizou-se entrevistar equipes de distintas gerências distritais.

Optou-se pela utilização da técnica do grupo focal porque esta privilegia a observação e o registro de experiências e reações dos indivíduos participantes (GIL, 2009). No período de janeiro a maio de 2014 foram realizados quatro grupos focais, com quatro equipes de saúde bucal. Cada equipe participou de um grupo focal com duração aproximada de uma hora e trinta minutos. Ao todo, participaram treze profissionais, sendo sete cirurgiões-dentistas, três auxiliares de saúde bucal e três técnicos em saúde bucal. Os dados foram gravados, filmados e transcritos para serem analisados, sendo o acesso restrito aos pesquisadores do estudo.

A base referencial teórica de produção e análise dos dados encontra-se fundamentada na ergologia, especialmente no conceito de agir em competência, descrito por Schwartz (2007). A condução do grupo focal ocorreu com a ajuda de um instrumento de pesquisa baseado nos ingredientes do agir em competência, com o objetivo de compreender os processos de trabalho e o agir profissional das equipes na produção do cuidado em saúde bucal.

Parte dos dados foi produzida pela pesquisadora, então coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal do município, através da técnica da observação participante, com registro em diário de campo. Os registros foram realizados durante os encontros de educação permanente da saúde bucal, no ano de 2013, objetivando-se perceber a realidade de trabalho sob o ponto de vista das equipes pesquisadas (GIL, 2009). Foram registradas informações que auxiliassem a compreensão da realidade de trabalho dessas equipes, potencialidades, dificuldades e demais informações que contribuíssem para a compreensão dos processos de trabalho das equipes de saúde bucal.

Para o gerenciamento e a codificação dos dados produzidos nos grupos focais utilizou-se o software NVivo versão 10 para Windows.
As produções verbais dos grupos focais foram analisadas com base nos fundamentos epistemológicos da análise do discurso. Procurou-se não se restringir ao conteúdo do texto. O sentido produzido pelos dados não é traduzido, mas produzido, e articula o linguístico com o social e o histórico (CAREGNATO e MUTTI, 2006).
A fim de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa para a apresentação dos dados foram utilizados pseudônimos para nomear cada grupo focal realizado (Jacarandá, Ipê, Extremosa e Tipuana). As falas individuais dos trabalhadores nos grupos focais foram identificadas conforme numeração atribuída a cada um deles pelos pesquisadores.
O projeto de pesquisa foi submetido à análise ética através da Plataforma Brasil, possuindo Parecer consubstanciado aprovado com o número CAAE: 15738613.1.0000.5347. Apenas foram considerados participantes da pesquisa os sujeitos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

O acolhimento e a ampliação do acesso sob o olhar das equipes de saúde bucal

A cobertura populacional das equipes de saúde bucal no município de Porto Alegre corresponde a 32% da população, conforme Relatório de Gestão do 1° Quadrimestre de 2014 (SMS, 2014). De 2010 a 2014, o total de equipes passou de dezessete para cento e cinco. Contudo, a ampliação do número de ESB no município vem provocando lentas mudanças na forma de organização do acesso da população à atenção odontológica.
Em 2014, a realidade do acesso pouco difere da encontrada em estudo realizado em Porto Alegre, em 2003, anterior à PNSB, que destaca a dificuldade de acesso à consulta odontológica no município devido à demanda reprimida para atendimento, gerando disputa de vagas entre os cidadãos, por meio de filas na madrugada para conseguir uma ficha de atendimento (RAMOS e LIMA 2003).
O acesso à saúde bucal nas unidades de saúde da atenção básica do município comumente permanece organizado através da distribuição de fichas de atendimento. Raras iniciativas de mudanças na forma de acesso ao atendimento odontológico têm sido observadas, coexistindo com a distribuição de fichas: grupos de acesso e acolhimento diário de demandas espontâneas, geralmente com limitação de vagas, perpetuando a disputa de vagas entre os cidadãos.
Em 2012, a SMS, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, elegeu como principal problema a ser enfrentado a dificuldade de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. A Política Nacional de Humanização, através da estratégia do Acolhimento, passou a ser pauta recorrente em diversas instâncias da SMS, dos Conselhos Distritais e do Conselho Municipal de Saúde. Com as equipes de Atenção Primária, as discussões foram realizadas em conjunto pelas Áreas Técnicas de Saúde Bucal e de Atenção Primária da SMS, com ampla participação dos profissionais de saúde bucal de todas as regiões de saúde. Nessa caminhada, identificou-se um distanciamento da equipe de saúde bucal das discussões sobre a ampliação e humanização do acesso nas unidades de saúde. Pôde-se observar que, em algumas unidades, onde o acolhimento estava sendo implantado, a saúde bucal se mantinha distante do processo, mesmo havendo reivindicações da comunidade local pela integração e humanização do acesso à saúde bucal. Nos grupos focais realizados, os relatos apresentados não consideram o acolhimento como um tema central de discussão no cotidiano das equipes.
Para Merhy (2013), o deslocamento da centralidade do profissional de saúde para o usuário no processo de produção do cuidado em saúde exige outro agir por parte do trabalhador, que envolve a produção do acolhimento do outro nesse encontro profissional-usuário. O acolhimento a que se refere o autor

se trata de um processo relacional, de encontro entre sujeitos, com o reconhecimento do outro, que vai levar à construção de um projeto terapêutico baseado nas lógicas de vida do usuário e no mundo das suas necessidades.

A preocupação com a superlotação da agenda do cirurgião-dentista é constante entre os profissionais, além da alegação de dificuldades na integração da saúde bucal com a equipe de saúde nas unidades. Ora manifestada por resistências por parte das equipes de saúde bucal, ora por resistências da equipe de saúde — "a resistência maior de integrar a saúde bucal no acolhimento é da equipe, pela demanda reprimida enorme" (Diário de Campo).

Quando estamos discutindo temas de interesse comum nas reuniões, todos estão presentes e participam; quando pedimos licença para falar de alguma coisa da odontologia, uns se levantam, outros vão para o computador, a reunião esvazia e nós permanecemos discutindo sozinhos (Diário de Campo).

Foram frequentes os relatos nos grupos focais de que as demandas por saúde bucal são exclusivamente direcionadas para a responsabilidade das ESB. Esse fato, aliado à referência a demanda reprimida por atendimento, são justificativas para o desestímulo dos profissionais frente ao acolhimento e à reorganização do acesso à atenção odontológica: — "estou há 13 anos [no serviço] e foi supercomplicado organizar a agenda com a demanda que vem à Unidade, não há a possibilidade de buscar essa demanda que não chega [espontaneamente]" (Diário de Campo).

Observam-se dificuldades em articular demanda, oferta e cuidado em saúde bucal. Há evidências de que a demanda é produzida a partir do que se oferta nos serviços de saúde e a partir de como se processa a produção do cuidado e a relação entre trabalhadores e usuários dos serviços. Mas, na negociação de valores entre trabalhadores e usuários, entre a demanda e as necessidades de saúde produzidas socialmente, deve-se "trazer para o encontro a negociação de ofertas das tecnologias de saúde bucal apropriadas, analisando a produção dessa demanda, articulando-a aos serviços disponíveis naquele nível de atenção" (PEZZATO, L'ABBATE e BOTAZZO, 2013, p.2101).

Destacou-se, nas falas, a centralidade da produção de procedimentos clínicos no processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Realidade que corrobora com a afirmação de alguns autores quanto à lógica hegemônica dos serviços de saúde de produção de procedimentos e não de cuidado (BOTAZZO, 2008; TRAJANO e CUNHA, 2012; MOYSÉS et al, 2008; CUNHA, 2010; EMMERICH e CASTIEL, 2013).

Há profissionais que defendem a integração do processo de trabalho em saúde entre os profissionais da saúde bucal e demais profissionais das equipes de saúde. Solicitam apoio da Secretaria Municipal de Saúde — "isso deveria ser discutido em outras instâncias, deveria ser uma diretriz da SMS" (Diário de Campo). Porém, o pedido de apoio, em alguns momentos, parece se caracterizar como um movimento de des-responsabilização sobre o processo — "eu sugiro que esta discussão seja levada para dentro das equipes e que não sejamos nós a levar esse recado" (Diário de Campo).

Há descontentamento de trabalhadores em relação aos gestores municipais e com as condições de trabalho nas unidades de saúde — "temos que parabenizar os funcionários, porque lá em cima não tem ninguém fazendo nada por nós" (Diário de Campo), ao mesmo tempo em que parece haver uma des-responsabilização quanto à necessidade de se reavaliar processos de trabalho visando a ampliação do acesso à saúde bucal no município – "isso não tem nada a ver comigo, se eu não tenho para onde mandar os coitadinhos" (Diário de Campo). Para alguns trabalhadores, a ampliação do acesso à atenção odontológica na atenção básica prescinde da ampliação do acesso às especialidades odontológicas — "o que adianta eu acolher se quando eu preciso encaminhar um paciente para endodontia ou prótese eu não tenho para onde encaminhar?" (Diário de Campo).

As inquietações apareceram nas falas de profissionais diante do relato de experiências exitosas na implantação do acolhimento, com integração da saúde bucal e compartilhamento de responsabilidades com a equipe de saúde. Houve manifestações contrárias ao compartilhamento desse cuidado, declarando que o acolhimento em saúde bucal só poderia ser realizado pelo cirurgião-dentista e que outros profissionais não

poderiam interferir no trabalho da odontologia. Emmerich e Castiel (2013) salientam qu,e na odontologia, historicamente, há uma intensa segmentação e verticalização do trabalho odontológico que, embora atualmente seja desenvolvido por diferentes profissionais – cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal –, ainda permanece centrado na figura do cirurgião-dentista.

Obstáculos relacionados à infraestrutura física das unidades de saúde foram apontados para implantação do acolhimento. Em alguns momentos defendeu-se que o investimento em mobiliário, informatização e climatização seria condição essencial para a viabilidade do acolhimento — "que bom se pudéssemos chegar a isto: presença de computadores na Unidade, ar condicionado nas salas, houve um investimento na Unidade" (Diário de Campo).

Resultados de uma pesquisa realizada por Faccin et al (2010) demonstram que as ações de saúde bucal apresentam características que não decorrem apenas de problemas estruturais, mas também da instituição de políticas municipais direcionadas à mudança do modelo de atenção e da maneira com que os profissionais compreendem o processo saúde-doença. Entende-se que a incorporação de sentidos por esse trabalhador não depende apenas da negociação sobre a incorporação de novos profissionais na equipe ou de investimento em melhores condições de trabalho. Depende também da incorporação de um conceito de produção de cuidado, de uma forma de pensar a saúde bucal e de um modo de se pensar a clínica, que também dependem da constituição de sujeitos e subjetividades (FRANCO, 2007; BOTAZZO, 2008; CUNHA, 2010).

Atribuiu-se também à estrutura física das unidades de saúde a dificuldade de integração das equipes de saúde, especialmente quando atuam, no mesmo espaço físico, equipes de atenção básica, centros de especialidades e, em alguns casos, serviços de urgência. A presença das equipes de atenção primária dentro de serviços que, historicamente, são referências para atendimento especializado parece confundir não apenas a população que busca o atendimento, mas também os trabalhadores, os quais relatam dificuldades em se entender enquanto equipe de atenção primária dentro de um espaço tradicionalmente constituído como um centro de especialidades. Nesses locais percebe-se mais evidente a desintegração entre os profissionais e a fragmentação do acesso e do cuidado.

Há o entendimento, em muitas equipes, sobre a importância do envolvimento do controle social na busca por melhores condições de acesso à atenção em saúde bucal. Mas são incomuns relatos da participação das ESB nos espaços de controle social. Os trabalhadores reconhecem a ouvidoria como um importante instrumento de avaliação quanto à qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde, sob a perspectiva dos cidadãos. As equipes entendem que a inexistência de queixas dos usuários em algumas unidades de saúde pode ser considerada um indicativo de satisfação da população (mesmo que haja filas para a busca de vagas) — "acho que nos lugares onde não temos queixas quanto ao acesso da odontologia, onde já funciona bem, acho que devemos manter como está" (Diário de Campo). Quando questionados sobre os possíveis motivos de não haver queixas da comunidade quanto às restrições de acesso à saúde bucal nas unidades de saúde, a resposta centraliza-se na capacidade dos profissionais em dialogar com a comunidade — "Porque somos educados e tratamos eles [os usuários] bem. Até porque, se não fôssemos, já tinham quebrado o posto" (Diário de Campo).

Na grande maioria das unidades da SMS, os prontuários odontológicos não são compartilhados com a equipe e não estão integrados aos prontuários de família. Não raramente os prontuários odontológicos ficam dentro do consultório, e em alguns locais, arquivados separadamente pelo nome do cirurgião-dentista que realizou o atendimento do usuário.

Protocolos para a produção do cuidado na saúde bucal

O conceito de bucalidade remete à produção social da boca humana e à sua capacidade de representação na vida do homem, cujas funções da boca o colocam permanentemente na fronteira entre a razão e o desejo. A bucalidade pretende reconciliar o olhar centrado no elemento dentário, que é próprio da

odontologia, com a clínica no seu conceito ampliado (BOTAZZO, 2006). Dessa reconciliação, espera-se que o profissional coloque em diálogo o que é protocolar com o que é singular e inédito em cada encontro clínico e em cada situação de trabalho, definido por Schwartz (2007) como a capacidade de "agir em competência.

A ergologia trata do estudo da atividade humana e dentro desta perspectiva algumas proposições são delineadas para definir o agir profissional. Assim, o primeiro ingrediente de uma competência profissional é o relativo domínio dos protocolos em uma situação de trabalho. Relativo, pois não é possível dominar completamente todo o conhecimento científico, técnico, de ordem econômica, gestionária, jurídica, linguística, ou seja, toda uma série de saberes que se enquadraria em determinada situação. Porém, é necessário certo domínio, um conhecimento técnico adquirido previamente, para que um profissional possa agir em competência em qualquer situação de trabalho apresentada (SCHWARTZ, 2007).

Nos grupos focais realizados, as equipes sempre referiram utilizar algum tipo de protocolo para a organização do processo de trabalho e produção do cuidado em saúde bucal, mas apresentam algumas especificidades na forma como o fazem. Em Porto Alegre, o Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre – organização da rede e fluxos de atendimento (SMS/PMPA, 2014) orienta a organização do processo de trabalho das equipes, e as modalidades de acesso preconizadas pela SMS, visando à ampliação e ao acolhimento integral dos cidadãos.

Jacarandá, mesmo afirmando, inicialmente, que não utiliza protocolos, traz referências em suas falas sobre diretrizes e leis que embasam o seu cotidiano de trabalho, e salienta a existência do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal do município (SMS/PMPA, 2014) e a sua importância:

A gente vai ter que trabalhar com os colegas o Protocolo [de Saúde Bucal], levar, encaminhar por e-mail pra eles lerem, e muita gente não vai ler, e às vezes não sabem nem da importância disso. [...] acho que a gente tem que estimular os colegas a participarem desse processo e a darem realmente a importância que este protocolo tem (Jacarandá).

Extremosa e Ipê utilizam os protocolos de saúde bucal, definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), e os protocolos estabelecidos pela SMS. Dos protocolos estabelecidos pela SMS foram citadas as orientações para organização das agendas dos profissionais, especialmente em relação ao tempo estabelecido para consulta do cirurgião-dentista, conforme afirma o trabalhador do grupo Extremosa — "seguimos a orientação da Secretaria, os horários de quarenta minutos" (T05).

Ipê, Tipuana e Jacarandá afirmam a existência de protocolo para o trabalho no Programa Saúde na Escola (PSE), mas dizem nem sempre ser possível a sua execução conforme as orientações da SMS. De acordo com Tipuana — "eles [da SMS] vêm com a coisa pronta [o protocolo], mas na hora da prática não ocorre exatamente igual" (T13).

Tipuana e Jacarandá citaram a existência de protocolos para o acesso dos usuários a outros níveis de atenção, como os Centros de Especialidades Odontológicas. Jacarandá acredita, contudo, que nem todas as equipes estão trabalhando com esses protocolos: "eles [os dentistas das unidades] sabem mais os protocolos de encaminhamento para os serviços especializados [...] mas acho que ainda assim precisaria trabalhar um pouco mais" (T01).

Relatos de uso de diferentes protocolos de acesso à atenção à saúde bucal foram encontrados. Ipê e Tipuana referenciam o acesso via grupos, como o protocolo de acesso da saúde bucal do município, — "aqui a gente estava seguindo o protocolo [agendamento via grupo de acesso]" (T08). Ambas as equipes afirmam que a forma de acesso à saúde bucal nas unidades foi reorientada pela implantação da estratégia de acolhimento, porém não é claro se ambas entendem que essa é uma diretriz da SMS. Ao contrário, Ipê refere estar mudando o protocolo da SMS com a implantação do acolhimento na unidade de saúde — "acho que a gente muda sim [os protocolos], por exemplo, agora a gente resolveu fazer o acolhimento" (T10).

A necessidade de protocolos não é mencionada por Tipuana apenas para a organização do processo

de trabalho, mas também como uma necessidade para a constituição de redes e para a garantia de uma linha de cuidado em saúde bucal: "desde a entrada do paciente, o tipo de tratamento que ele vai receber, tratamento de atenção básica e [...] outros lugares que ele vai ter que acessar dentro da rede de saúde" (T12).

O conceito de integralidade comumente restringe-se à garantia de acesso e integração das clínicas e especialidades odontológicas, centrando o cuidado na intervenção sobre a dimensão biológica do adoecimento e na aplicação de técnicas (Mattos, 2006; Ceccim, 2008). Quando o trabalhador de Ipê afirma que "vê o paciente como um todo" (T08), refere-se ao cuidado de observar se o paciente possui outras necessidades de saúde que necessitem de intervenção de outros profissionais da equipe de saúde. No entanto não se refere a outras dimensões não biológicas desse indivíduo, entre as quais os fatores relacionados às condições de vida — saneamento básico, acesso à água fluoretada, acesso a serviços de saúde e educação, às questões de renda, moradia e políticas públicas; e ao estilo de vida: autocuidado, aspectos culturais, motivação, autoestima, oportunidades de escolha e experiências anteriores (FILHO, 2008). Para Gomes e Pinheiro (2005), a integralidade só existe em ato e deve ser reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado, que considerem o sujeito a ser atendido e o respeitem em suas demandas e necessidades, posicionando-o como sujeito de sua própria história.

Outro aspecto que aparece no estudo são as constantes mudanças de protocolos na Secretaria Municipal de Saúde, atribuídas pelas equipes à alta rotatividade de gestores, o que foi considerado uma limitação à continuidade das ações e projetos propostos para a saúde bucal do município. Observa-se que a importância do Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre (SMS/PMPA, 2014), referenciada por Jacarandá, está relacionada à necessidade de solidificação de uma Política de Saúde Bucal no município, que consolide no longo prazo efetivas mudanças e melhorias à rede de saúde bucal, ressaltada na fala do trabalhador:

> As pessoas têm que ter essa segurança, que esse vai ser o trabalho, essa é a forma correta de agir [...] isso evita aquilo que a gente sempre fica com medo: que tem um projeto tal que é de tal pessoa que entrou agora na Área Técnica de Saúde Bucal [...] Aí vai todo mundo, corre pro tal do projeto mas já pensando assim: puxa, esse projeto daqui a três meses pode estar na gaveta (T02).

Schwartz e Durrive (2010, p. 100) afirmam que "trabalhar é bem mais do que produzir com a ajuda de técnicas, mas sim viver um projeto/herança". Há uma necessidade humana de se constituir patrimônios, concretizar projetos e experiências, solidificá-los como heranças dentro das instituições nas quais atuam. Entende-se que o Protocolo de Saúde Bucal poderia ser considerado pelo trabalhador de Jacarandá a concretização de um projeto/herança dentro da instituição de saúde do município. Um fio condutor a ser destacado nas falas dos trabalhadores das equipes entrevistadas é a relação entre a motivação pessoal para o trabalho e a vontade de fazer parte de um processo de mudança que promova melhores condições de saúde bucal para a população. Parece-nos que o sentimento de pertencimento aos processos de mudança, aqui representados pelo Protocolo de Saúde Bucal, é um motor importante para essas motivações.

> Se o profissional não se sentir parte disso, a chance dele rejeitar esse protocolo é muito alta [...] que a gente faça com que toda equipe se sinta parte dessa construção para que não seja assim, mais um gestor que vem com uma ideia nova (T01).

Contudo, Jacarandá relata dificuldades quanto à participação dos profissionais nas discussões que visam qualificar os processos de trabalho — "a gente discute em reuniões de equipe o processo de trabalho também [...] mas às vezes as pessoas que são as mais insatisfeitas não falam, se omitem" (T01). Quando se refere à não colaboração e à não participação de alguns colegas na construção de alguns processos, como o protocolo, pode-se remeter ao que diz Schwartz e Durrive (2010, p. 145) - "pôr em palavras o que se faz na atividade de trabalho é assumir o risco de dizer que não se faz o que foi prescrito, de que a prescrição oficial foi contestada na sua prática", o que significaria, para esse trabalhador, manifestar publicamente que não aplica no seu cotidiano os protocolos desenvolvidos e prescritos pela SMS.

A renormalização conforme o conhecimento da realidade

O segundo ingrediente de uma competência é a capacidade de se deixar impregnar pelo que há de histórico em cada situação de trabalho, a partir da contextualização de cada situação vivenciada, que passa por todas as sensações humanas e por tudo o que é registrado pelo corpo e pela memória do trabalhador. Não é possível dominar uma técnica e sua história sem compreender como ela funciona em situações reais. Para o desenvolvimento dessa competência, é necessário certo tempo, cuja duração depende de cada indivíduo e de cada situação. Para isto, é necessário que o trabalhador conheça de fato os procedimentos formais do seu trabalho e o trabalho do coletivo onde está inserido, pois ele partilha com esse coletivo as regras informais de funcionamento que só podem ser construídos ao longo do tempo (SCHWARTZ, 2007; SCHWARTZ e DURRIVE, 2010).

As falas dos grupos focais apontam que as equipes buscam se apoiar em normas e diretrizes, internas ou externas à SMS, mas utilizam-nas de forma bastante singular, adaptando-as, renormatizando-as e singularizando-as conforme a realidade de cada local de trabalho ou de acordo com as suas experiências anteriores. Comumente, essas renormatizações levam à criação de seus próprios protocolos, conforme relata Tipuana — "muitos dos nossos protocolos a gente procura organizar dentro da nossa equipe, como se fosse uma pactuação interna nossa" (T12).

Jacarandá acredita que o conhecimento da realidade local de cada unidade de saúde está vinculado ao modelo de atenção adotado dentro do serviço, afirmando que o modelo preconizado pela ESF favorece o conhecimento da realidade local e das necessidades da população. Contudo, mesmo as equipes de ESF, por exemplo Extremosa, parecem ter conhecimento adquirido das condições de saúde da população ainda essencialmente baseado nas demandas que chegam ao consultório odontológico, da mesma forma como aconteceria nas Unidades Básicas tradicionais.

As equipes não fazem referência a dados epidemiológicos ou a indicadores sociais enquanto diagnóstico da realidade em que atuam. Isto pode sugerir que organizam a oferta prioritariamente conforme a demanda espontânea por atendimento.

Há pouca participação da equipe de saúde bucal nos espaços comunitários constituídos fora das unidades de saúde, conforme relata um trabalhador de Extremosa — "a gente não participa de reuniões mais comunitárias" (T05).

Esse resultado vai ao encontro do que indicam alguns estudos que tratam da organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na ESF (ARAUJO e DIMENSTEIN, 2006; ALMEIDA e FERREIRA, 2008; SANTOS, 2009; FACCIN et al, 2010). Moysés et al (2008) apontam, como dois dos principais problemas da saúde bucal no SUS, o modelo de práticas pautado quase exclusivamente no atendimento às queixas autorreferidas dos usuários que buscam as unidades de saúde e o modelo de organização excludente, que prioriza grupos específicos em detrimento da maioria da população.

Contudo, para a construção do direito à saúde como uma questão de cidadania "é necessário rever o papel das equipes de saúde, dos gestores e usuários na ampliação dos espaços de participação popular, refletindo sobre suas relações de poder (GOMES E PINHEIRO, 2005, p. 297)".

O agir profissional, conforme Schwartz (2007), exige a capacidade de articular o que é protocolar com o que é singular em cada situação de trabalho, caracterizando-se, assim, o terceiro ingrediente do agir em competência. Trata-se da aplicação propriamente dita das técnicas e protocolos permanentemente ajustados ao que têm de singular em cada situação vivida: "a técnica é, sobretudo, uma escolha, uma inscrição em uma vivência" (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010, p. 116).

Técnicas são reflexos de escolhas sociopolíticas que nem sempre correspondem às expectativas do trabalhador ou da realidade em que ele está inserido. Para aplicá-las é preciso compreender que sempre haverá a necessidade de recorrer a seus próprios julgamentos e valores, com seu próprio talento e criatividade, de modo a gerir todas as variabilidades possíveis que as situações reais de trabalho nos apresentam. Há necessidade da existência de "especialistas" para a criação de protocolos e técnicas com certo nível de segurança, mas com igual importância se necessita de pessoas com competência para aplicá-

los na prática cotidiana (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010). O Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre, ao trazer as diretrizes gerais para a organização do cuidado em saúde bucal nos serviços de saúde, possivelmente não apresentará todas as respostas a todas as situações que se apresentarão no cotidiano do trabalho, não eximindo os profissionais das tomadas de decisão durante a sua aplicação em cada situação vivenciada.

Para os trabalhadores de Jacarandá, o que orienta a organização do processo de trabalho das equipes seria: a experiência dos profissionais, o tempo de atuação nos serviços e as condições de trabalho dos serviços onde atuam. A observação de Jacarandá exige pensar que a atuação profissional está ligada às suas habilidades relacionais, de colocar em diálogo esses diferentes elementos, o que a equipe define como "perfil profissional" para trabalhar no serviço. Na teoria do agir em competência pode-se dizer que as habilidades envolvem valores mobilizados no exercício profissional e são produzidos nos percursos profissionais, pois a criatividade técnica do trabalhador também provém de fracassos e sucessos de experiências anteriores (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010), incluindo suas frustrações, conforme destaca o trabalhador de Jacarandá — "as pessoas estão submetidas a um modelo frustrante de trabalho há anos, [...] resgatar a confiança dessas pessoas é importante" (T02).

A incorporação de técnicas e protocolos é também a incorporação de um sentido e de um valor para esse trabalhador. No entanto, Schwartz e Durrive (2010) afirmam que é difícil inferir o valor de uma mudança para os indivíduos mesmo que ela seja percebida como positiva, social e politicamente. Para esses autores não há independência da vida de trabalho em relação à vida pessoal do trabalhador, ambas se comunicam de maneira permanente e qualquer mudança proposta no trabalho também poderá implicar mudanças na vida desse trabalhador (SCHWARTZ, 2010).

As equipes entrevistadas relatam modificar os protocolos existentes conforme as necessidades surgidas em cada unidade de saúde. Contudo, a falta de envolvimento comunitário e a centralidade das práticas das equipes no consultório odontológico e no atendimento à demanda espontânea sugerem que as renormalizações dos protocolos e a organização do processo de trabalho das equipes acontecem, prioritariamente, por demandas da própria equipe de saúde e por demandas dos usuários que conseguem acessar o serviço de saúde, e não pelo conhecimento das reais necessidades de saúde das comunidades onde atuam.

A constituição de novos sujeitos, novas subjetividades e novas relações de trabalho devem ser despertadas no interior dos serviços de saúde para que se possam constituir unidades de produção do cuidado (FRANCO, 2007). O redescobrimento do seu próprio trabalho passa pela compreensão de como ele se insere na atividade dos outros e na vida em sociedade, entendendo que a vida ultrapassa a realização de procedimentos. A criação de laços entre os trabalhadores, o compartilhamento de valores, e o uso que cada um faz de si em função do coletivo irá constituir o trabalho em equipe e tornará possíveis as atividades individuais de cada um dos seus membros, dentro de uma unidade de produção do cuidado (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010).

Educação permanente e trabalho em equipe como debate de valores

É difícil colocar em palavras aquilo que os trabalhadores fazem, porque há valores "que atravessam o micro da atividade, assim como atravessam toda a sociedade (SCHWARTZ e DURRIVE, 2010, p. 71)". Os valores que explicam o porquê de uma pessoa realizar uma atividade de determinada maneira e não de outra são, ao mesmo tempo, pessoais e socializados. Schwartz (2007) defende que toda situação de trabalho traz consigo um debate de valores em que cada indivíduo coloca sua posição em relação às questões da sociedade em que vive, em cada ato realizado. Ou seja, cada escolha de valores se confronta diretamente com as políticas: econômicas, de serviço público e de saúde. A partir do momento em que o meio tem valor para o trabalhador, todos os demais ingredientes de uma competência poderão ser potencializados.

Entende-se como prioritário a consolidação de espaços de educação permanente que propiciem o debate de valores entre instituições de ensino e serviços de saúde e que coloquem em diálogo as necessidades das partes envolvidas — trabalhador, aluno, serviço, instituição de ensino, SMS, cidadãos, controle social, consolidando, contudo, a produção do cuidado em saúde como eixo condutor desse processo. O desenvolvimento do agir em competência para o cuidado em saúde bucal do município passa pela construção de significados através de um processo de reflexão e teorização a partir da prática profissional, da realidade das situações de trabalho. Para Lima (2005) somente assim é possível construir e desenvolver capacidades. Para que as propostas de educação permanente contribuam para o agir em competência na produção do cuidado em saúde bucal, estas devem estar intimamente interligadas com a realidade vivenciada pelos trabalhadores no seu cotidiano de trabalho. Somente assim será possível o enfrentamento de situações reais e complexas, segundo padrões prévios socialmente definidos, e, neste caso, segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Saúde Bucal.

Contudo, as expectativas dos profissionais quanto aos processos de educação permanente continuam focadas na demanda por capacitações formais e cursos ministrados por especialistas — "eu acho que antes era melhor [...] todo mês a gente tinha um curso lá na SMS [...] com professores da Faculdade de todas as áreas" (T10). Isso ocorre apesar das políticas públicas de educação permanente na saúde reconhecerem a insuficiência dos treinamentos formais e teóricos para o desenvolvimento de competências, propondo-se cada vez mais estratégias de compartilhamento de saberes e experiências ou as rodas de conversa como instrumentos pedagógicos (CECCIM, 2012).

Frequentemente os encontros mensais das equipes de saúde bucal nas gerências distritais não são considerados momentos de educação permanente pelas equipes, mesmo que Extremosa tenha relatado que nesses encontros discutem-se "mais essas questões de processo de trabalho mesmo" (T05). Na constante demanda por capacitações realizadas pela universidade, percebe-se que ainda há pouco entendimento de que possa haver um protagonismo das equipes de saúde bucal na organização da educação permanente nas regiões de saúde e que isto envolve a problematização dos seus processos de trabalho.

Não é comum às equipes entrevistadas a existência de espaços de educação permanente nas unidades de saúde onde estão inseridas, com exceção da equipe Extremosa, que atribui à presença dos residentes da Escola de Saúde Pública e estagiários da Faculdade de Odontologia a utilização do espaço de reuniões de equipe para educação permanente. A equipe Tipuana refere ter espaço nas reuniões de equipe da unidade para educação permanente, porém estas não ocorrem de forma regular e sistemática. Ipê identificou essa necessidade e planeja instituir um espaço de educação permanente próprio da equipe de saúde bucal na unidade de saúde.

Equipes que atuam em cenários de trabalho que também se apresentam como campos de práticas para alunos de instituições de ensino conveniadas com a SMS consideram positiva a integração ensino-serviço para o processo de educação permanente dos profissionais. Contudo, também reivindica que "a universidade poderia nos dar uma contrapartida melhor nessa parte de educação permanente" (T04), sugerindo que esta contrapartida das instituições de ensino poderia ser mais bem consolidada junto ao município.

Ao mesmo tempo, falas dos trabalhadores sugerem que os conhecimentos adquiridos na universidade não seriam suficientes para o exercício profissional — "os alunos vêm muito frescos, com as informações mais atuais, mas eu tenho a experiência" (T04), ou "é a prática que vai te levando" (T01). Essas afirmações remetem a pensar sobre a integração entre o saber preconcebido e o saber adquirido na experiência. Pode-se dizer que é no cotidiano dos serviços que se adquire uma série de saberes, codificáveis ou não, os quais permitem que se apliquem as técnicas adquiridas na universidade e, em muitas situações, é necessário "contextualizar o não contextualizado" (SCHWARTZ, 2007; SCHWARTZ e DURRIVE, 2010).

Considerando-se a percepção dos profissionais contida nas falas de Jacarandá quanto à importância da integração ensino-serviço e entre o saber preconcebido e o saber adquirido na experiência de trabalho, observa-se que parece haver um entendimento por parte dos trabalhadores de que a Universidade poderia se aproximar mais dos serviços de saúde para contribuir e qualificar o processo de formação em serviço para o trabalhador.

Segundo Lima (2005) e Mattos (2006), apesar dos avanços alcançados no campo da integração ensino-serviço, ainda há um caminho a ser percorrido para a efetivação da inserção da universidade no mundo do trabalho de forma que se consolide a integração teoria-prática, trazendo ao trabalhador, ao serviço e à Universidade, uma mudança nas práticas de produzir saúde.

Mattos (2006) declara que há uma visão dos docentes de Odontologia de que, dada a sua precariedade, o serviço público poderia prejudicar a qualidade do ensino odontológico. Estudos recentes revelam que a inadequação da infraestrutura da rede de serviços para receber alunos, a força da relação instituição de ensino superior/serviço ainda incipiente, a dificuldade do trabalho em equipe e o biologicismo enquanto concepção central na formação acadêmica ainda contribuem para essa difícil relação, interferindo no planejamento das capacitações dos profissionais da rede de serviços, mesmo que já existam experiências positivas nessa integração através de estágios curriculares no SUS (WARMLING et al, 2011; TOASSI et al, 2013; SILVA, 2013).

Quanto ao trabalho em equipe, todas as equipes entrevistadas referiram dificuldades na sua consolidação dentro das unidades de saúde onde atuam, seja por dificuldades dos próprios profissionais da saúde bucal de se inserirem no processo de trabalho da equipe, ou por dificuldades da equipe de saúde em acolher a equipe de saúde bucal como parte integrante do processo de cuidado em saúde.

Estudos revelam que a inserção das equipes de saúde bucal nos ambientes de trabalho das equipes de saúde em atenção primária não é suficiente para a sua integração e para a constituição de um processo de trabalho conjunto. A fragmentação do processo de trabalho e as práticas centradas apenas no núcleo de conhecimento são características comuns às equipes de saúde, não sendo exclusividade da equipe de saúde bucal (SANTOS e ASSIS, 2006; SANTOS et al, 2008; ARAUJO e DIMENSTEIN, 2006; ALMEIDA e FERREIRA, 2008; SANTOS, 2009; FACCIN et al, 2010; KELL e SHIMIZU, 2010; PIMENTEL et al, 2012).

Contudo, as características tradicionais de formação dos profissionais da saúde bucal, ainda extremamente centradas na boca enquanto órgão isolado do corpo e do contexto social, reforçam o isolamento da prática odontológica mesmo em modelos de atenção que visam promover a integralidade do cuidado em saúde (PEZZATO, L'ABBATE e BOTAZZO, 2013; MATTOS, 2006; WARMLING, BOTAZZO e MARZOLA, 2012).

Considerações finais

O estudo do processo de trabalho das equipes de saúde bucal do município de Porto Alegre possibilitou ampliar a compreensão sobre o agir em competência para a produção do cuidado em saúde bucal destacando-se três aspectos importantes:

Em relação ao uso dos protocolos: o estudo demonstra que, para concretizar o uso do protocolo da Secretaria Municipal de Saúde, é necessário torná-lo um projeto herança, no sentido de produzir pertencimento do trabalhador ao que está sendo proposto e à história da instituição. Alerta que a aplicação dos protocolos pelo trabalhador é um movimento muito mais complexo do que se entende tradicionalmente no campo do planejamento na saúde. Compreende que no uso do protocolo, o trabalhador necessita recorrer a seus próprios julgamentos e valores, talentos e criatividade, de forma a gerir todas as variabilidades possíveis que as situações reais de trabalho possam apresentar.

Trabalhar e, essencialmente, trabalhar no campo da saúde, é gerir variabilidades inerentes à produção do cuidado em saúde. A construção da rede de saúde bucal do município está imbricada com o domínio da dimensão gestionária dos próprios processos de trabalho das equipes de saúde bucal em seus locais de atuação.

O reconhecimento da realidade: a construção de significados para o cuidado produzido em saúde bucal necessita de um processo de reconhecimento da prática profissional e da realidade das situações de trabalho. Só então é possível um agir em competência.

As equipes dominam e utilizam diferentes protocolos e técnicas, renormalizando-os cotidianamente conforme demandas próprias e/ou conforme demandas dos usuários que acessam o serviço de saúde. Referem-se à grande demanda reprimida existente, contudo não observam que esta é produzida também a partir do que historicamente se oferta nos serviços de saúde e de como se processa a produção do cuidado. Há poucas referências à renormalização de protocolos pelo conhecimento das reais necessidades de saúde das comunidades onde atuam e percebe-se a dificuldade dos profissionais em articular demanda, oferta e cuidado em saúde bucal.

Relações de trabalho devem ser despertadas nos serviços de saúde. O redescobrimento do próprio trabalho pelo trabalhador passa pela compreensão de como ele se insere na atividade dos outros e na vida em sociedade. Isso é fundamental para o estabelecimento de um trabalho em equipe. A criação de laços entre os trabalhadores e a constituição de entidades coletivas relativamente pertinentes parece essencial para a constituição de unidades produtoras de cuidado.

Os processos de educação permanente: não é comum às equipes entrevistadas o reconhecimento da existência de espaços de educação permanente nas unidades de saúde onde estão inseridas. Há constante demanda por capacitações técnicas encomendadas à universidade como necessidade de educação permanente. Isso evidencia ainda o pouco protagonismo das equipes de saúde bucal na organização desse processo, que não se apropriam dos espaços constituídos nas gerências distritais. Percebe-se que as equipes não compreendem a problematização dos seus processos de trabalho como um importante momento de educação permanente e entendem os encontros mensais realizados nas gerências distritais como espaços normativos.

As dificuldades de integração das equipes de saúde bucal ao processo de trabalho das equipes de saúde relacionam-se à segmentação e verticalização históricas do trabalho odontológico, reforçadas pelas características de formação dos profissionais de saúde. A integralidade do cuidado é compreendida pelas equipes como o acesso a diferentes atendimentos em saúde, nos diferentes níveis de atenção, não sendo percebida como uma prática que valorize o cuidado e que considere o sujeito a ser atendido, respeitando-o em suas demandas e necessidades e colocando-o como sujeito de sua própria história.

Considera-se, portanto, prioritária a reestruturação desses espaços, consolidando-os como espaços de educação permanente que propiciem o debate de valores entre instituições de ensino e serviços de saúde, que coloquem em diálogo as necessidades das partes envolvidas – trabalhador, aluno, serviço, instituição de ensino, SMS, cidadãos, controle social –; contudo, fundamentando a produção do cuidado em saúde como eixo condutor deste processo.

Referências

ALMEIDA, G.C.M.; FERREIRA, M.A.F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, Set, 2008.

ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 2019-227, 2006.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-3, 2007.

BOTAZZO, C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: MACAU, M.G.L. **Saúde bucal coletiva**: implementando ideias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rúbio, p. 3-15, 2008.

_____. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.7-17, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. **Relatório final da 1° Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>. Acesso em: 17 ago. 2014.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8080. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8142. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Caderno 17 – Saúde Bucal. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2013.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 1300/01. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Brasília, DF, nov. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

_____. Resolução CNE/CES, 3 de 19 de fevereiro de 2002. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>. Acesso em: 28 jul 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 16 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial/ Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R.; Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n.4, p. 679-84, 2006.

CECCIM, R. B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 253-277, 2012.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo09.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2013.

CECCIM, R.B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, 2008.

COSTA, I.C.C.; ARAÚJO M.N.T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p.1181-1189, 2011.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L.D. Dentistry science, Sisyphus and the "chameleon effect". **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n. 29, p.339-51, abr./jun. 2009.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L.D. **O lagarto e a rosa no asfalto**: odontologia dos desejos e das vaidades. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

ESTEBAN, M.P.S. **Pesquisa qualitativa em educação**: fundamentos e tradições. Porto Alegre: AMGH Editora, 2010.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D.L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1643-1652, 2010.

FADEL, C.B; BALDANI, M.H. Percepções de formandos do curso de odontologia sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 339-354, maio/ago. 2013.

FARIA, H.X; ARAUJO, M.D. Uma perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção de cuidados e produção de sujeitos. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.19, n.2, p.429-439, São Paulo, 2010.

FILHO, A.D.S. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família: o uso de ferramentas de Saúde da Família da construção do cuidado em saúde. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS,S.J. **Saúde Bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, p. 65-80, 2008.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 7. ed. Rio de janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p. 427-38, set/dez 2007.

GIL, A.C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, M.C.P.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar/ago 2005.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão**: guerra e democracia na era do império. Rio de Janeiro: Record, 2005, p.100-101.

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p.1533-1541, 2010.

LIMA, V.V. Competências: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar/ago 2005.

MATTOS, D. **As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde**: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe. 2006. 168 f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2006.

MERHY, E.E. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO,A.A.; CASETO, S.J.; HENZ, A.O. **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: HUCITEC, p.248-267, 2013.

MOYSÉS, S.J.; ET AL. Apontamentos para estudos e debates sobre a Estratégia Saúde da Família. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS,S.J. Saúde **Bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, p.47-64, 2008.

PEREIRA, I.D.F; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 319-338, maio/ago. 2013.

PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S. Uma Pesquisa-Ação-Intervenção em Saúde Bucal Coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.2, p.386-398, 2012.

PEZZATO, L.M.; L'ABBATE, S.; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva** [On-line] 2013, 18. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027990025>.

PIMENTEL, F.C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 146-157, 2012.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2009.

POCHMANN, M. Trabalho e formação. **Ed. Real**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 491-508, maio/ago 2012. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/edu_realidade>.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev, 2003.

RAMOS, M.N. Conceitos básicos sobre o trabalho. In: FONSECA, A. F; STAUFFER, A. B. (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 27-56, 2007.

RAMOS, M.N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SANTOS, A.M; et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 464-70.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, J.A.R. **Avaliação das Ações de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco**. 2009. Monografia (residência multiprofissional em saúde coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 27 p., 2009.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p.19-45, 2011.

SCHWARTZ, Y. Uso de si e competência. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2007.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: Editora da UFF, 2010.

SILVA, M.A.M. **O programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (pró-saúde) e a diversificação dos cenários de aprendizagem**. 182 f. 2013. Tese de Doutorado - Faculdade de Odontologia da UFMG. Belo Horizonte: 2013.

SMS/PMPA. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Coordenação de Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos. Área Técnica de Saúde Bucal. **Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre**: organização da rede e fluxos de atendimento. Porto Alegre: SMS, 2014.

SOUZA, D.S. A participação da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família: a experiência do Rio Grande do Sul. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS,S.J. **Saúde Bucal das Famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, p. 21-38, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEPHANOU, M. Discursos médicos, educação e ciência: escola e escolares sob exame. **Rev. Trabalho, educação e saúde**, v.4, n.1, p 33-64, 2006.

TOASSI, R.F.C. et al. **Atenção básica à saúde na educação superior em odontologia: o estágio curricular na faculdade de odontologia da UFRGS**. Projeto de Pesquisa., 2011.

TOASSI, R.F.C. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training. **Interface**, v.17, n.45, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2014.

TRAJANO, A.R.C.; CUNHA, D.M. O trabalho em Saúde e a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS): o ponto de vista da atividade industriosa na análise do trabalho. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, v. 6, n. 4, p. 77-99, 2012.

WARMLING, C.M; et al. Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Revista da ABENO**, v.11, n. 2, p. 63-70, 2011. Disponível em: <http://abeno.org.br/ckfinder/userfiles/files/revista-abeno-2011-2.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2014.

WARMLING, C. M; BOTAZZO, C; MARZOLA, N. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino da odontologia brasileiro. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** (Impresso), v. 19, p. 181-195, 2012.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Resenha:

Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade de Maurizzio Lazzarato e Antonio Negri

As transformações inacabadas do processo de trabalho

Paulo Peixoto de Albuquerque[1]

Assim como homem algum consegue imaginar a si mesmo sem o coração e a mente que lhe foram dados, assim também nenhum homem de uma época posterior poderá realmente saber como era viver naqueles dias se não julgar aquilo que hoje conhecemos a partir de outros critérios ou parâmetros. Se antes as pessoas só conheciam de certo aquilo que tinham, hoje com certeza não nos contentamos mais a viver só com isso.

O livro de Maurizzio Lazzarato e Antonio Negri trata exatamente disso: conhecer aquilo que tínhamos e não nos contentarmos com as explicações validadas por uma lógica generalizante e abstrata. O livro, Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade busca apresentar e discutir as mudanças dos processos de trabalho. São ensaios que articulados permitem visualizar um puzzle, no qual o eixo condutor é a reflexão sobre o trabalho, não somente como práticas sociais localizadas e datadas, mas como processo determinado por pedagogias e legitimadas por instâncias representativas de determinados modelos de gestão da produção industrial. Apresenta e Discute as transformações da noção de trabalho em relação ao modelo de produção industrial.

O primeiro ensaio trata do Trabalho imaterial e subjetividade; este texto aponta as transformações das condições gerais de produção do modelo de produção taylorista-fordista, do deslocamento do operário fordista e do reconhecimento de outro tipo de centralidade do trabalho vivo, não mais determinado pelas condições técnicas e materiais do processo produtivo, mas pelo que o autor chama de "ciclo do trabalho imaterial" e por uma virtualidade ainda indeterminada, mas que já contém todas as características da subjetividade pós-industrial.

1 Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul , professor do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional de Educação na Saúde e da Faculdade de Educação tendo por área de interesse e de pesquisa :As alterações do processo de trabalho, suas transformações, alternativas e Espaços educativos não formais.

A análise nos pareceu significativa e interessante de apresentar aos leitores desta Revista, porque ao apontar para alguns aspectos constituintes do poder e da compreensão dos sujeitos sociais, pode abrir pistas de investigação e reflexão sobre as mudanças nos processos de trabalho na área da saúde:

a) as transformações das condições gerais de produção que agora incluem a participação ativa dos sujeitos, considerando o General Intellect como capital fixo sujeitado à produção e toma como base objetiva a sociedade inteira e sua ordem determinando uma modificação das formas de poder.(39)

b) o caráter ambíguo e contraditório das formas de legitimação que antes se visualizavam com certa coerência, hoje se apresenta atravessadas por formas deslegitimação antagônicas; (39)

c) que a revolta e a reapropriação da máquina da comunicação são operações necessárias, mas não são suficientes, se a revolta e a reapropriação não se encarnam em um processo de liberação da subjetividade que se forma no interior das máquinas de comunicação, elas não foram mais do que "repropor" sobre novas vestes a velha forma…"(40)

Mais do que aspectos formais de uma mudança no processo produtivo, nos parece que o ensaio aponta para alguns pressupostos epistemológicos de se pensar o trabalho a partir da construção de conceitos que não se contentam com a "verdade" na forma de tautologias, mas a partir de outra ordem não causal ou classificatória, onde o novo sujeito, com poder constituinte, potencia o consumismo, se apresentam de forma descontínua no interior do mundo do trabalho.
O segundo ensaio trata do ciclo da produção imaterial; evidencia as novas características do ciclo da produção deste ciclo a partir do confronto entre produção da grande indústria e dos serviços.

> "se o ciclo da produção imaterial nos mostra imediatamente o segredo da produção pos-taylorista (vale dizer que a comunicação e a relação social que a constituem tornam-se produtivas), é interessante verificar como estas novas relações sociais enervam também a indústria de serviços. E como eles obrigam a reformular e reorganizar também as formas clássicas da "produção" (Pág. 43).

Ao apresentar as diferenças específicas do ciclo do trabalho imaterial:

a) Que o trabalho imaterial se constitui em formas imediatamente coletivas e não existem por assim dizer, senão sob a forma de rede e fluxo. A submissão à lógica capitalista dada forma de cooperação e do "valor de uso" desta atividade não tolhe a autonomia e a independência da constituição e do sentido. Ao contrário, ele abre antagonismos e contradições que, para remeter a uma fórmula marxista, podem no mínimo uma "nova forma de exposição e que a cooperação neste processo é uma forma de submissão capitalista". (50)

b) O "produto ideológico" torna-se pra todos os efeitos uma mercadoria e produz novas estratificações da realidade, novos modos de ver, de sentir.

c) O público tende a tornar-se o próprio modelo do consumidor (público/cliente).

d) A inovação tendo por equivalência a transformação continua da vida que desvia ao mesmo tempo em que se produz nas formas de vida.

O significativo deste texto é que ele aponta para o debate da pós-modernidade naquilo que ela tem de difuso e confuso; ele se situa na linha da crítica ao modelo industrial querendo esclarecer algumas questões, a perda da hegemonia e da racionalidade do processo produtivo fordista por uma nova definição

do trabalho pautada por uma nova estética e uma nova definição do trabalho.
Nesse sentido, o texto faz a crítica da modernidade e para quem o lê, dois elementos parecem ser chaves da análise: o primeiro diz respeito ao ponto de vista sócio-político. Se pode dizer que os alvos da reflexão são o hegeliano-marxismo e o pensamento individualista-liberal; ou seja, o trabalho imaterial se apresenta como um modelo geral do processo de evolução social, indiferente ao quadro espaço temporal ao qual ele se aplica. O ensaio põe por terra a crença no progresso e renuncia às filosofias da história como capacidade de criticar as formas materiais de construção do fazer produtivo sejam elas individuais ou coletivas.
O segundo traduz o ponto de vista sociológico. Nele fica expressa a consciência de que os processos de modernidade favoreceram a emergência de outra estética e de novos antagonismos na sociedade industrial. Nesse sentido, o autor aponta para um "desencantamento" do mundo e para um certo pessimismo que, se poderia dizer, weberiano, já profetizado por este ao julgar a modernidade ocidental.
O terceiro ensaio diz respeito às estratégias do empreendedor enquanto protagonista desta nova forma de organizar os fluxos do trabalho em rede.
No que diz respeito à produção, a preocupação principal do empreendedor não é gerí-la, mas defendê-la, estruturar as redes produtivas que já existem independentemente dele. A sua relação com as redes é do tipo político, no sentido de que sua função fundamental não é mais aquela de organizar "tempos e métodos" do trabalho da fábrica ou de determinar as diferenciações de produtividade por meio de inovações produtivas (como fazia o empresário clássico ou shumpeteriano), mas de proporcionar a "construção" social do mercado, em tecido produtivo autônomo.

> "As características que hoje melhor identificam o caráter especificam da função da empresa parecem ser a participação social, a fluidez das redes, a permanência dos circuitos. A localização da produção não tem senão uma importância parcial; a inserção nos circuitos terciários da finança e dos serviços é, ao contrário, decisiva (pag. 59)."

O quarto ensaio, o *"trabalho": um novo debate para velhas alternativas e o quinto, Trabalho autônomo, produção por meio de linguagem e general intellect* tendem a se complementarem porque trazem à reflexão o debate sobre a "pós-modernidade".
Nestes ensaios as transformações do trabalho são discutidas buscando qualificar o debate confuso sobre o processo de trabalho quando não se leva em consideração os contextos nos quais se objetivam as diferentes formas de organização do mesmo.
Segundo a leitura dos textos, poder-se-ia dizer que esta "confusão" está relacionada à uma outra, mais profunda, que concerne a interpretação do sentido da modernidade. Se o que se apresenta como pós-moderno se define, com efeito, como aquilo que vem depois do moderno, isto nos deixa entender de certo modo o fim da modernidade e os textos perguntam em que sentido existe efetivamente um fim da modernidade.
Os ensaios não pretendem resolver esta questão; eles se situam na linha da crítica do modelo industrial de desenvolvimento e explicitam certos aspectos da crítica contemporânea do liberalismo e da racionalidade. Parece-nos que o mais importante destes dois textos é o fato de apresentarem que as leituras sobre o trabalho não são homogêneas, mas que podem ser ideologicamente compartilhadas.
Para finalizar, o que caracteriza o conjunto dos textos é sem dúvida, uma profunda desconfiança em relação à racionalidade técnico - científica e de maneira geral as pretensões racionais de modelar os processos sociais em direção de um único sentido; desconfiança frente as pretensões de dar uma interpretação coerente ao sentido da história pela justificativa e legitimidade da ideia de progresso.

Resenha

Mestrado profissional em ensino na saúde no Brasil: avanços e desafios a partir de políticas indutoras

Danilo Blank[1]

Todo professor ou estudante interessado em formação profissional pós-graduada tem muito a ganhar acompanhando a Revista Brasileira de Pós-Graduação, publicação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que visa à difusão de estudos e documentos sobre educação superior – a pós-graduação, em particular –, ciência e tecnologia em geral. Num de seus três números do ano passado, reuniu trabalhos dedicados a discutir os efeitos das políticas públicas brasileiras orientadas à expansão e à inovação do sistema universitário e de pós-graduação. Dentre reflexões sobre temas variados, tais como a formação do docente universitário, o papel da universidade no desenvolvimento tecnológico, a produção do conhecimento interdisciplinar a partir da pós-graduação e a desconcentração regional do ensino superior, dois artigos tratavam especificamente do mestrado profissional em ensino.

No artigo "Mestrado profissional em ensino na saúde no Brasil: avanços e desafios a partir de políticas indutoras", Rosana Quintella Brandão Vilela (então vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, modalidade mestrado profissional, da Universidade Federal de Alagoas) e Nildo Alves Batista (vice-coordenador do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, modalidade mestrado profissional, da Universidade Federal de São Paulo - Câmpus Baixada Santista) relatam uma enquete com nove dentre os treze coordenadores de cursos brasileiros de pós-graduação voltados ao ensino na saúde, na modalidade de mestrado profissional, reconhecidos pela Capes até o ano de 2013. A meta essencial desse trabalho foi conhecer nós críticos, desafios e mecanismos de sustentabilidade dos programas (VILELA e BATISTA, 2015)[2].

Antes de mais nada, cabem duas considerações sobre o quanto esse artigo faz diferença no contexto atual da pós-graduação nacional. Primeiro, é altamente auspicioso vermos concretizarem-se pesquisas sérias e concertadas sobre ensino na saúde – particularmente acerca da consolidação dos mestrados fprofissionais nesse campo de saber/ação. Se por um lado muito se tem escrito acerca do mestrado profissional desde

1 Professor associado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da UFRGS

2 Link para o texto completo do artigo: http://bit.ly/vilela_2015.

a sua implantação pela Capes (BRASIL, 1995), cotejando as polêmicas em torno de sua aceitação pela academia com as vantagens de sua terminalidade e perspectiva pragmática para a solução de problemas do dia a dia dos profissionais (PAIXAO e BRUNI, 2013), o trabalho de Vilela e Batista é o primeiro a escrutinar de forma mais atenta e específica o ensino na saúde.

Aqui vale ressaltar que o primeiro mestrado profissional na área da saúde a ser instituído no Brasil foi o do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em 2001, seis anos depois da regulamentação dos mestrados profissionais pela Capes (DOURADO et al., 2005). Já então enfatizava que o produto final poderia ser, além de monografia, revisão de literatura ou artigo, uma proposta de intervenção em área específica da prática institucional ou um projeto de aplicação tecnológica. Contudo, não havia um foco no ensino na saúde sob uma perspectiva abrangente e multiprofissional, já que a sua área de concentração em docência na saúde envolvia somente professores de medicina.

Em segundo lugar, uma revista acadêmica estreante, oriunda de um mestrado profissional, como é esta Saberes Plurais, tem como uma de suas funções essenciais divulgar com destaque trabalhos pioneiros como o de Vilela e Batista, especialmente por trazerem à tona informações relevantes e atuais sobre o seu foco de atuação – o ensino na saúde –, como também pela rica discussão apoiada em documentação bibliográfica nem sempre facilmente achável.

Dentre os resultados do trabalho, o que primeiro salta aos olhos é o expressivo aumento do número de mestrados profissionais em ensino na saúde nos três anos que antecederam a pesquisa: nada menos do que doze dos treze cursos foram criados a partir de 2011!

Por um lado, é evidente o impacto da iniciativa governamental de incentivo à pós-graduação na área do ensino na saúde – a chamada política Pró-Ensino na Saúde –, um dos braços do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional na Saúde, cujo marco foi o documento "Recomendações para Elaboração de Projetos de Mestrados Profissionais em Ensino na Saúde", elaborado a partir de um seminário promovido pela Capes e pelo Ministério da Saúde, em março de 2010[3].

Ademais, Vilela e Batista ponderam que as falas dos coordenadores permitem inferir que a adesão significativa das várias instituições de ensino superior ao mestrado profissional em ensino na saúde é proporcional à crença no seu grande potencial estratégico de capacitar profissionais a empregar ferramentas científicas na sua prática de trabalho, propor inovações e qualificar a atenção à saúde – particularmente no âmbito do Sistema Único de Saúde – e à demanda crescente por docentes formais ou preceptores de serviço com nível de formação pós-graduado. De qualquer modo, seja pela demanda de capital humano, seja pelo potencial transformador, os incipientes mestrados profissionais em ensino na saúde parecem ser ainda insuficientes para dar conta dos profissionais que buscam aperfeiçoamento.

Outra informação interessante do trabalho que certamente ainda suscitará muito debate diz respeito à área de avaliação da Capes em que se inserem os mestrados profissionais em ensino na saúde. Seis dos treze programas estão na área de ensino, pertencente ao chamado Colégio de Ciências Exatas, Tecnológicas e Multidisciplinar. Embora o artigo em questão não especifique as demais áreas, o relatório científico do pós-doutorado que o originou permite saber que quatro dos demais programas estão na área interdisciplinar, dois na saúde coletiva e um na enfermagem (VILELA, 2016)[4]. Os autores veem essa certa tendência de agregação na área do ensino como um avanço, em vista da possibilidade de ganhos na sustentabilidade dos mestrados profissionais em ensino na saúde, assim como o aperfeiçoamento dos processos de avaliação. Resta saber o quanto tais programas conseguirão valorizar a formação específica de profissionais de saúde numa interlocução producente com os múltiplos atores e cenários desse campo, sem desfocarem-se das temáticas próprias do ensino.

Quanto aos desafios para a implementação dos mestrados profissionais em ensino na saúde, a enquete revelou uma percepção dos coordenadores de que as muitas especificidades gerenciais de programas que

3 Em tempo, trata-se de material de leitura imprescindível para compreender a essência do mestrado profissional em ensino na saúde e suas características; por isso indico o link para o texto completo: http://bit.ly/rec_mpes_2010.

4 O relatório de atividades pós-doutorado do qual foi extraído o material do artigo objeto desta resenha traz muito mais informações, incluindo opiniões dos docentes e alunos. Recomendo a sua leitura e forneço o link para acessar o texto completo: http://bit.ly/vilela_pos-doc_2016.

precisam articular o universo acadêmico com o do trabalho na atenção à saúde tornam a sua estrutura operacional mais complexa. Nessa dimensão, três questões principais foram apontadas: ausência de financiamento, pouca valorização do mestrado profissional no âmbito acadêmico e critérios indefinidos de avaliação dos programas. Isso já havia sido ressaltado por outros pesquisadores, com sugestões de soluções políticas para a valorização desses cursos, que, justamente por tratarem de encontrar soluções pragmáticas para os problemas da prática profissional em vez de se perderem em reflexões sobre a problemática – e, logo, desempenharem papel importante no desenvolvimento do país –, têm que ser avaliados por critérios próprios e ver resolvido o impasse causado pelas cláusulas do autofinanciamento (FISCHER, 2005; FISCHER, 2010; MENANDRO, 2010; MAMEDE, 2016).

Vilela e Batista concluem que com a reflexão de que a relevância do seu estudo não está somente na busca de subsídios empíricos para aprimorar a sustentabilidade dos programas, mas também na reflexão teórica acerca da efetividade de políticas públicas indutoras e da complexidade que envolve a identidade do mestrado profissional. Nesse sentido, é interessante relembrarmos a assertiva da professora Tânia Maria Fischer, pesquisadora nos campos da educação, poderes locais e gestão social do desenvolvimento:

> Para finalizar, mestrados profissionais são experiências de inovação e reinvenção das práticas acadêmicas e como tal devem ser tratados. Aprende-se muito tendo praticantes como alunos; talvez mais do que eles aprendem conosco, acadêmicos. Profissionais experientes não vêm aprender práticas, mas sim, iluminar a prática com teorias apropriadas.
>
> Talvez seja esse o maior desafio e fator de sedução para oferecer cursos de natureza profissionalizantes: a articulação orgânica entre a prática (que o aluno tem ou almeja ter) e a teoria que alimenta e alicerça essa prática.

Referências:

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES. **Portaria nº 47/95, de 17 de outubro de 1995**: Implantação dos mestrados profissionais.

DOURADO, I., TEIXEIRA, C. F. et al. Mestrado profissional em saúde coletiva: uma proposta alternativa para a qualificação de dirigentes e técnicos em saúde – Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (2001-2005). **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v.2, n.4, p.61-71. 2005.

FISCHER, T. Mestrado profissional como prática acadêmica. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v.2, n.4, p.24-29. 2005.

_____. Sobre maestria, profissionalização e artesanato intelectual. **Revista de Administração Contemporânea**, v.14, n.2, p.353-359. 2010.

MAMEDE, W. **Modelo para a avaliação de mestrados profissionais orientados à formação de recursos humanos para o SUS**: um estudo de caso [Tese de Doutorado em Ensino na Saúde]. Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

MENANDRO, P. R. M. Mestrado profissional, você sabe com quem está falando? **Revista de Administração Contemporânea**, v.14, n.2, p.367-371. 2010.

PAIXAO, R. B. e BRUNI, A. L.. Mestrados dos profissionais: características, especificidades, diferenças e relatos de sucesso. **Administração Ensino e Pesquisa**, v.14, n.2, p.279-309. 2013.

VILELA, R. Q. B. **Mestrado profissional em ensino na saúde**: subsídios para o aprimoramento dos programas [Relatório de atividades pós-doutorado]. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde/CEDESS, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016.

VILELA, R. Q. B. e BATISTA, N. A. **Mestrado Profissional em Ensino na Saúde no Brasil**: avanços e desafios a partir de políticas indutoras. Revista Brasileira de Pós-Graduação, v.12, n.28, p.307-331. 2015.

Um texto não existe até que alguém o leia. É então quando começa a aventura do conhecer, da imaginação. Só o leitor faz com que a palavra, o pensamento seja real.

O leitor consegue a magia de transformar as páginas e as ideias do(s) autor(es) em outro texto que, ao ser reelaborado na leitura, nunca é o mesmo para todos.

Esta revista tem esta intenção de ser a ponte entre o leitor e aqueles que pensam educação na saúde e/ou ensino na saúde: seu conteúdo busca mesc lar investigação, debate e relato de experiências de modo que o leitor possa profunda e prazerosamente repensar o lugar da educação nos espaços de saúde pública.

Os temas tratados têm por objetivo ajudar aquele que lê, mostrando as implicações e, quem sabe, possíveis saídas para as inúmeras questões relacionadas a saúde coletiva.

Seus textos pretendem, entre outros aspectos, deixar em aberto as relações e conexões, sem contudo abdicar das bases éticas e epistemológicas que são sua razão de ser: pensar uma proposta de saúde que seja pública.

Por isso, não basta considerá-la apenas a sua dimensão qualitativa; seu caráter de exatidão requer que se perceba e se observe sua contribuição para o debate e a prática do ensino em saúde.